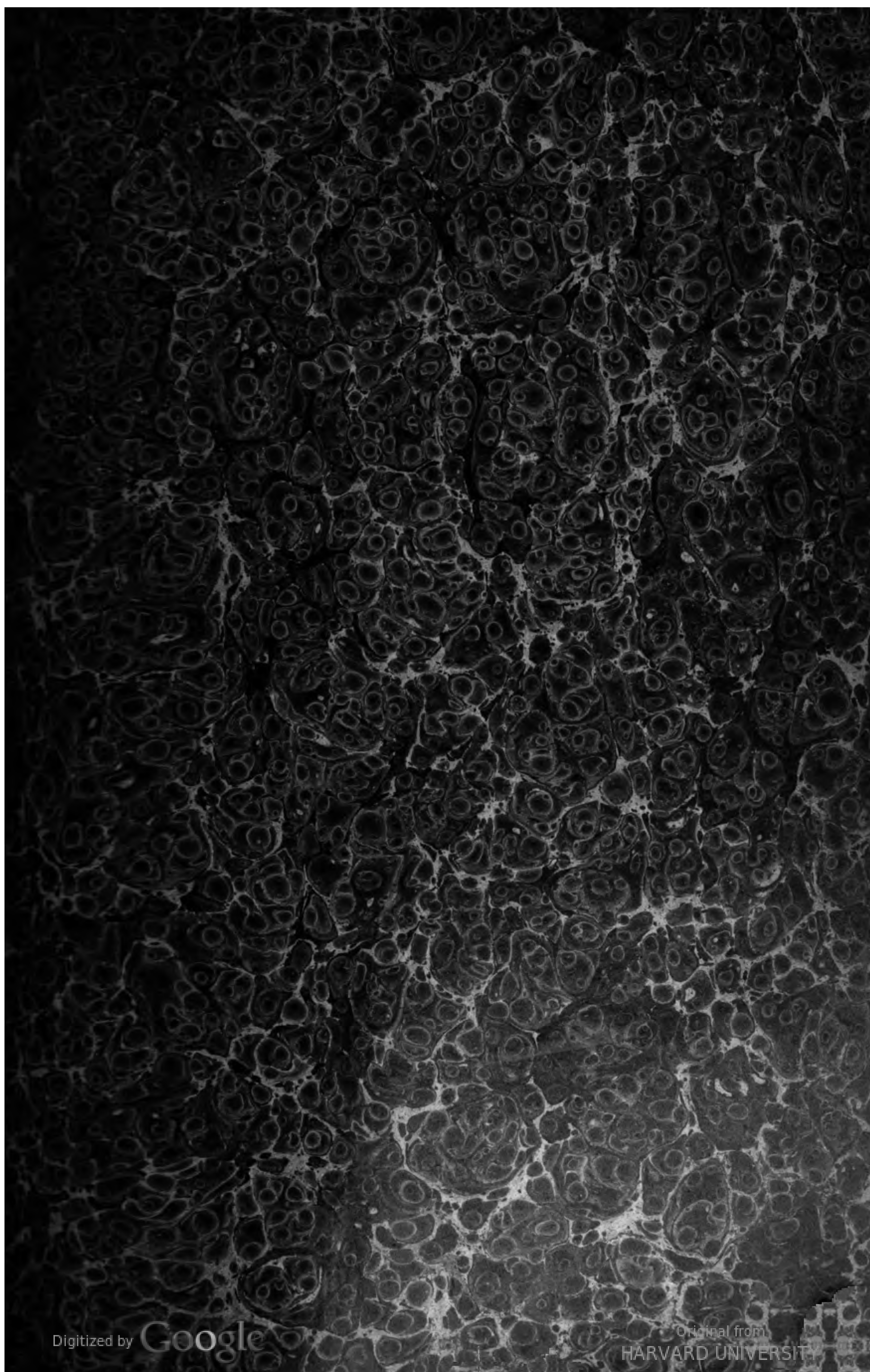
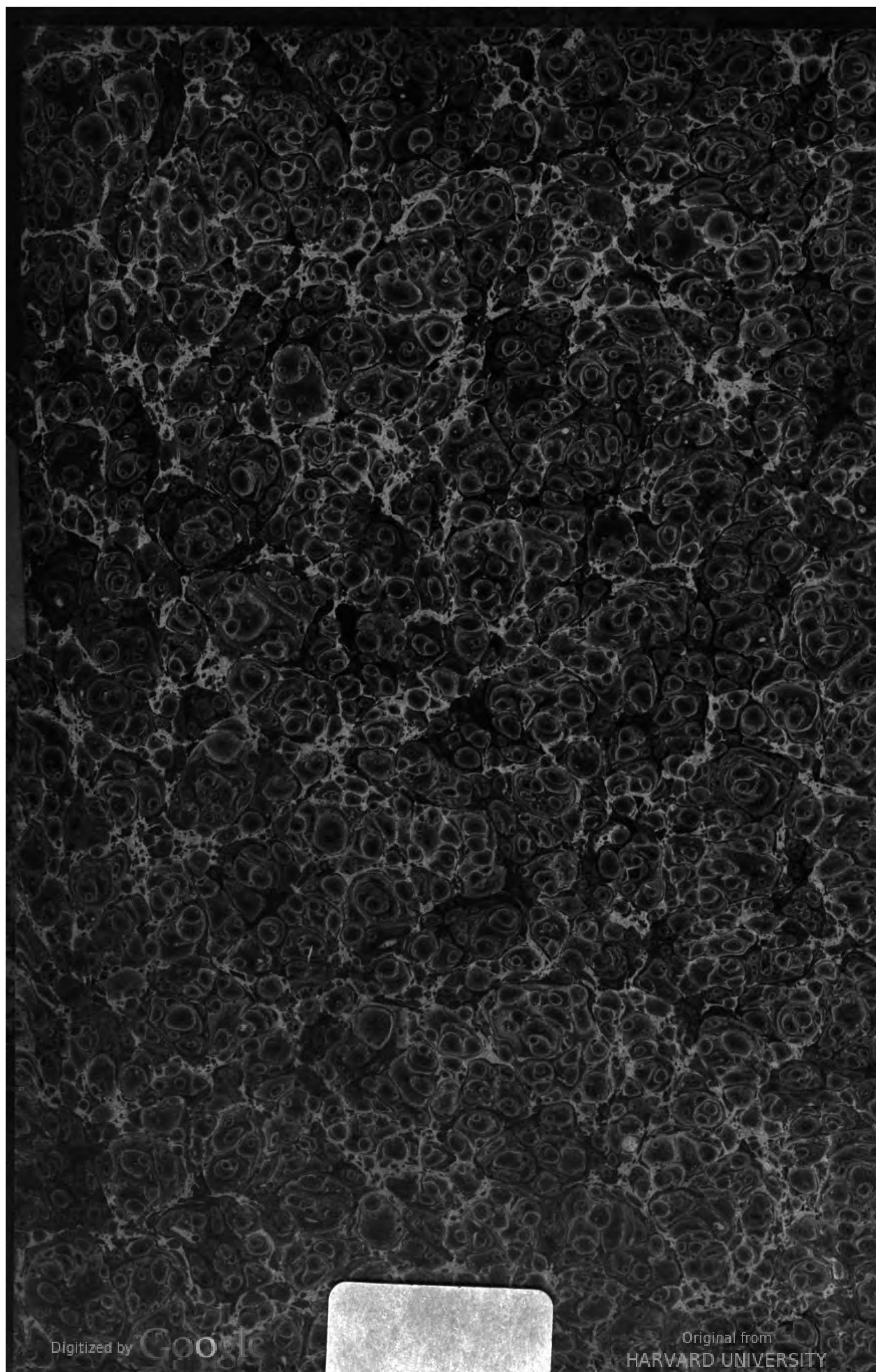
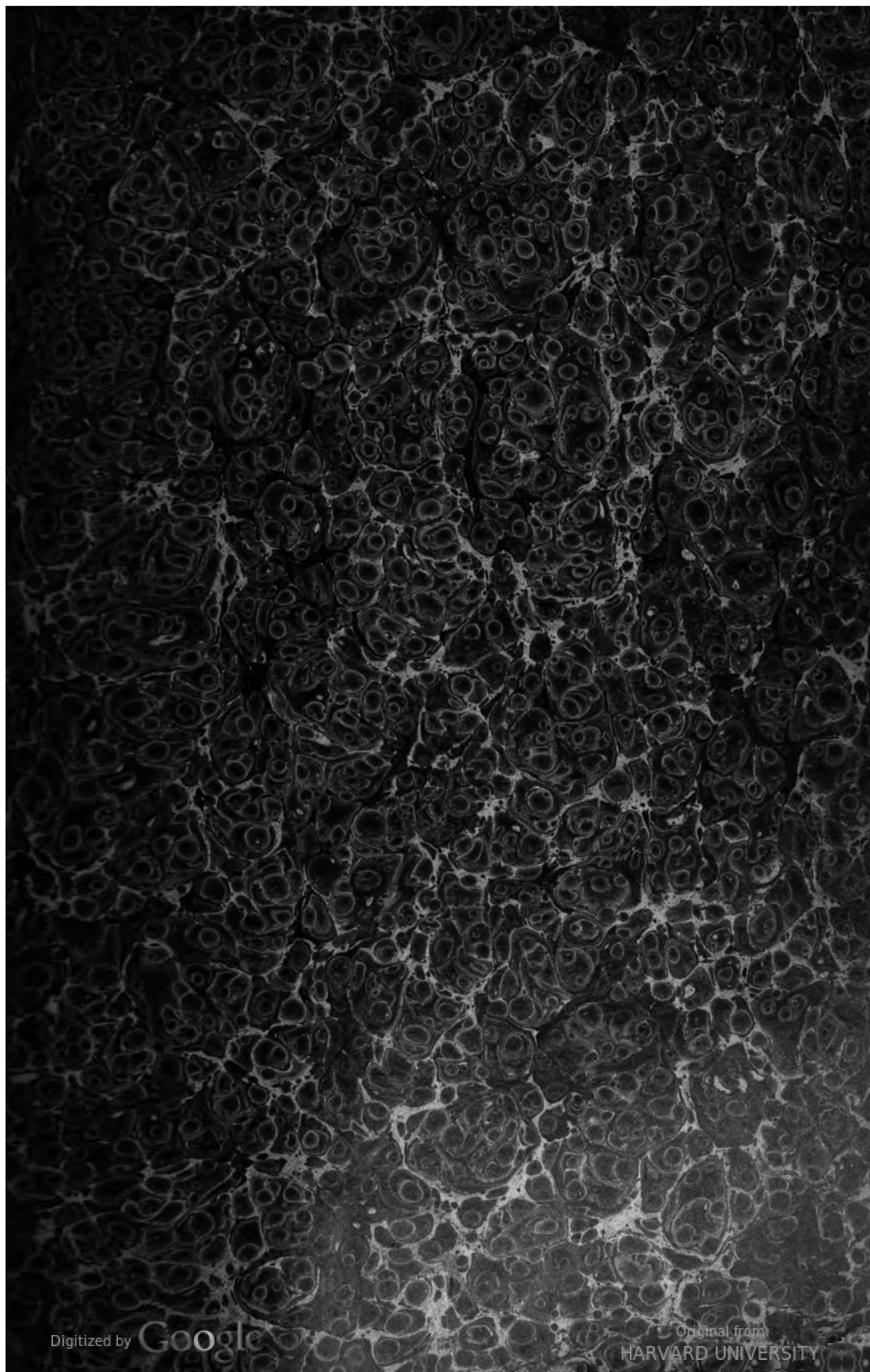






MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, DR. C. BECK IN BUDAPEST,
DR. C. BERLINER IN AACHEN, PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL,
DR. E. DELBANCO IN HAMBURG, PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH,
DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL, DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG,
PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA, DR. H. C. PLAUT IN HAMBURG

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

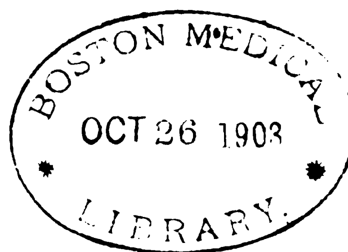
SECHSUNDDREISSIGSTER BAND.

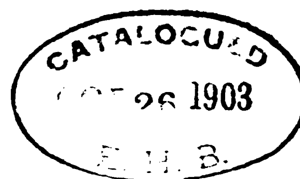
1903.

JANUAR BIS JUNI.

MIT 4 TAFELN UND 39 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1903.





**Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vorm. J. F. Richter) in Hamburg.**

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis".)

Versammlungen.

Fachzeitschriften.

Bücherbesprechungen.

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Bakteriologie.

Mikroskopische Technik.

Hygiene.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

II. Neurotische.

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Seite

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

β. *Tuberkulose.*

γ. *Syphilis.*

Seite

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

b. Cutis.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

b. Benigne.

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

b. Hoden und Samenbläschen.

c. Prostata.

d. Labien, Vagina.

e. Nieren, Ureteren, Harn.

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Seite

Verschiedenes.

Verzeichnis der Tafeln.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 36. №. 1. 1. Januar 1903.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Die Färbung des Spongioplasmas und der Schaumzellen.

Von
P. G. Unna.

Wenn eine Bindegewebszelle in allen Waben ihres Protoplasmas eine möglichst große Menge Gewebssaft aufgenommen hat, also ein hochgradiger Zellenhydrops vorliegt, wird die Zelle sehr durchsichtig und setzt sich aus einer Summe wasserklarer Bläschen zusammen. Sie stellt alsdann ein Schaumklümpchen dar, welches, gewöhnlich an der Peripherie, den verkleinerten Kern zeigt und der Kugelform zustrebt. Entsteht sie aus einer rundlichen Bindegewebszelle, z. B. einer Plasmazelle, durch Auswaschung des Granoplasmas aus allen Waben des Zellleibes, so hat sie von vornherein die Gestalt einer Kugel. Entwickelt sie sich aus einer Spindelzelle, so hat sie zunächst eine langgestreckte Form und zeigt verschiedene, ebenfalls schaumige Ausläufer und Auswüchse, die sich aber um so mehr abrunden, je mehr das Zellenödem zunimmt. Als ich diese Zellen zuerst in ödematösen Granulationen fand, fehlte mir der Schlüssel zu dem ungewöhnlichen Aussehen dieser Gebilde und ich nannte sie nach einer gewissen Ähnlichkeit mit Drahtkörben und anderen Korbgeflechten: Korbzellen (s. Histopathologie). Die Arbeiten Bütschlis über die Struktur des Protoplasmas klärten mich zuerst darüber auf, daſs hier eine wesentliche Struktur des Zellenleibes in optima forma vorliegt, die von Bütschli so genannte Wabenstruktur. Die anscheinenden Fäden, welche diese zarten Gebilde begrenzen und durchziehen, sind nur die optischen Querschnitte von gekrümmten Flächen oder Häutchen, mit welchen die wasserhaltigen Bläschen des Protoplasmas aneinander stoſsen. Sowohl die elementaren Bläschen selbst, wie die ganze, eine Zelle darstellende Bläschenkolonie erinnern lebhaft an eine Schaumflocke, z. B. aus Seifenschaum, und Bütschlis These, daſs das Protoplasma eine Flüssigkeit sei, würde, wenn man in der Tierpathologie nur diese Zellen gekannt hätte, wenig Anstoſs gefunden haben.

Diese Schaumzellen, wie ich sie von nun an im Hinblick auf die von BÜTSCHLI zur Stütze seiner Anschauung angezogenen künstlichen Schäume nennen will, haben in entzündlichen Ödemen und Granulomen eine gröſsere Verbreitung, als man nach den bisherigen Angaben annehmen sollte. Von bekannten Zellenformen gehören beispielsweise dahin die MIKULICZschen Zellen des Rhinoskleroms. Es war auch ein erneutes Studium des Rhinosklerомgewebes, welches mich nach guten Färbemethoden für diese schwer sichtbar zu machenden Gebilde suchen lieſs; denn nur ihre Durchsichtigkeit ist der Grund, daſs sie den meisten Untersuchern in ihrer groſsen Verbreitung bisher entgangen sind.

Die tinktorielle Darstellung der Schaumzellen fällt zusammen mit der des von mir nach LEYDIG so genannten Spongioplasmas, der — nach BÜTSCHLI wabigen — Gerüstsubstanz aller Zellen. Dieses Spongioplasma ist schwer färbbar und wenn es dennoch gelingt, dasselbe mit den bisher für das Protoplasma angegebenen basischen Farben in seinen verschiedenen Formen darzustellen, z. B. als feinschaumige Ausläufer der Spindelzellen, als durchlöcherte und vielverzweigte Platten der bei der Vernarbung auftretenden Plattenzellen u. s. w., so hat das seinen Grund in dem Umstande, daſs es fast nie in reinem Zustande vorliegt, sondern mehr oder minder gemischt und bedeckt mit jenem stark färbbaren, äuſserst basophilen, amorph-körnigen, eiweiſsartigen Bestandteile des Protoplasmas — dem Granoplasma, dessen färberische Affinität es dann auch teilt. Wo es aber wie in den Schaumzellen rein zu Tage liegt, merkt man sofort, daſs es an und für sich sehr schwer tingibel und besonders nicht entfernt so basophil ist wie das Granoplasma.

Die bisher für das Spongioplasma besten Färbemethoden waren:

1. Die pol. Methylenblau-Glycerinäther-Methode.

Hierbei ist aber zu bemerken, daſs auf eine starke Färbung (5 Min.) nur eine schwache Entfärbung (1/2 Min.) mit der verdünnten Glycerinäthermischung (1 : 4) folgen darf.

2. Die pol. Methylenblau-Alkohol + Xylol-Anilin + Alaun-Methode.

Diese ebenfalls bekannte und viel angewandte Methode, welche alles Granoplasma innerhalb und auſserhalb gefärbt zeigt, gibt vom Spongioplasma der Schaumzellen doch nicht bessere Bilder als die erste Methode.

3. Die kürzlich von mir in *dieser Zeitschrift* besprochene modifizierte PAPPENHEIMsche Färbung

die Karbol + Pyronin + Methylgrün-Methode.

Hierbei erscheint das Spongioplasma ebenfalls pyroninrot, wie das Granoplasma, aber viel schwächer.

Diesen älteren Methoden habe ich nun zwei im letzten Jahre ausgearbeitete anzureihen, welche das Spongioplasma und damit die Schaumzellen stärker gefärbt und damit klarer hervortreten lassen.

a) s. Orcëin-pol. Methylenblau-n. Orcëin-Methode.

Wenn man einen Schnitt, welcher Schaumzellen enthält, mit der für Elastin gebräuchlichen sauren Lösung von Orcëin vorfärbt, so wird das Spongioplasma der Schaumzellen derart gebeizt, ohne merklich angefärbt zu werden, dafs eine nun folgende Färbung mit pol. Methylenblaulösung dasselbe viel rascher und stärker als gewöhnlich färbt. Es genügen etwa zwei Minuten zur Färbung. Entfärbt man dann mit Glycerinäthermischung, so tritt das Spongioplasma schon ungewöhnlich gut in bläulicher Farbe hervor. Noch besser erscheint es aber und zwar in schönem Orcëinbraun gefärbt, wenn man dieses Blau durch eine nunmehr auch stark anfärbende Behandlung mit neutraler Orcëinlösung verdrängt. Obwohl offenbar der saure Farbstoff Orcëin eine natürliche Verwandtschaft zum Spongioplasma besitzt, färbt er bei alleiniger Anwendung mit oder ohne Säurezusatz und auch nach vorheriger Färbung mit Methylenblau dasselbe viel weniger stark an. Wie PAPPENHEIM in seiner Farbchemie angibt, wirkt Orcëin auch beizenartig und bei obiger Methode liegt offenbar eine doppelte Beizung vor, wie sich aus der auffallend raschen Anfärbung ergibt; zunächst wirkt das Orcëin als Beize für das Methylenblau und dann dieses wieder als Beize für die nicht angesäuerte Orcëinlösung. Demnach heifst die Vorschrift für diese Methode:

1. Saure Orcëinlösung (wie für Elastin) eine Nacht.
2. In Alkohol gut abspülen (wenigstens 10 Minuten), um Niederschläge zu vermeiden.
3. Wasser.
4. Polychrome Methylenblaulösung 2 Minuten.
5. Wasser.
6. Auf dem Spatel den Schnitt vom Wasserüberschufs befreien.
7. Nicht angesäuerte Orcëinlösung 5 Minuten.
8. Alkohol, Öl, Balsam.

Wie diese Methode zeigt, gelingt es, das Spongioplasma in den Schaumzellen, wo es isoliert zur Beobachtung gelangt, mit einer sauren Farbe (Orcëin) gut zu färben. Es liegt daher nahe, auch andere saure Farben zur Färbung dieser Zellen zu benutzen, speziell die Sulfofarben, wie Säurefuchsin und Wasserblau. Von allen hierhin gehörigen Methoden liefern einigermafsen brauchbare Präparate nur die pol. Methylenblau-Säurefuchsin + Tannin-, die Safranin-Wasserblau + Tannin- und Säurefuchsin-Pikrinmethoden. Von diesen ergibt die klarsten Bilder die

Säurefuchsin-Pikrinmethode;[1] während das Protoplasma aller granoplasmareichen Zellen gelb ist, zeigen die Schaumzellen ein schwach rot gefärbtes Spongioplasma. Das letztere färbt sich also ähnlich, wenn auch schwächer, wie die kollagenen Fibrillen zwischen den Zellen. Wohlgemerkt gilt dieses aber nur für die genannte, unten noch einmal angeführte Methode der zweizeitigen Färbung. Die einzeitigen Säurefuchsin + Pikrinmethoden, nach VAN GIESONS Methode des Centralnervensystems entworfen (auch meine modifizierte VAN GIESON-Methode mit HNO_3-Zusatz), lassen das Spongioplasma gar nicht hervortreten. Viel stärker rot, resp. blau gefärbt erscheint das Spongioplasma bei Anwendung der ersten beiden oben genannten Methoden, welche die saure Farbe zugleich mit einer Tanninbeize einwirken lassen und bekanntlich dazu benutzt werden, eine rasche Übersicht und Kontrastierung aller oxyphilen und basophilen Substanzen in einem Schnitte zu erzielen. Dennoch sind sie für das Studium des Spongioplasmas wenig brauchbar, da sie aufserdem zu viel in der sauren Gegenfarbe gefärbt zeigen. Die Schaumzellen speziell sind bedeckt mit gleichgefärbten Eiweifskörnchen, so dafs der Eindruck einer Schaumstruktur mit klaren Bläschen, d. h. des eigentlichen Baues derselben, verloren geht. Diese Methoden stehen daher an Anschaulichkeit weit hinter der oben gegebenen Orcëinfärbung des Spongioplasmas zurück. Wie bei dieser aber die Vorfärbung mit der basischen pol. Methylenblaulösung erst die gute Orcëinfärbung hervorruft, so gelingt es auch durch successive Anwendung zweier basischer Farben das renitente Spongioplasma gut darzustellen, ein Beweis, dafs das Spongioplasma auch eine gewisse Basophilie besitzt, seine basophilen Gruppen aber nicht leicht zu sättigen sind.

Eine solche successive basische Färbung ergibt die

b) pol. Methylenblau-Karbol + Pyronin + Methylgrün-Methode.

1. Pol. Methylenblaulösung 2 Minuten.
2. In Wasser abspülen.
3. Karbol + Pyronin + Methylgrünmischung (GRÜBLER) 20 Minuten in der Wärme (Wasserbad von 37—40°) im Reagierglas.
4. Reagierglas schnell unter kaltem Wasserstrahl abspülen.
5. Schnitt mit Platinöse herausnehmen und in Wasser abspülen.
6. Alkohol, Öl, Balsam.

Die Vorfärbung mit der polychromen Methylenblaulösung erlaubt es ausnahmsweise, die Schnitte in der karbolhaltigen Pyronin-Methylgrünmischung 20 Minuten in der Wärme zu färben, ohne dafs sie durch

[1] Säurefuchsin (1%) 10 Min., angesäuertes Wasser zum Abspülen, Pikrinsäure (wässerige Lösung 1%) 2 Min., Pikrinsäure (spirit. Lösung 1%) 2 Min., Alkohol, Öl, Balsam.

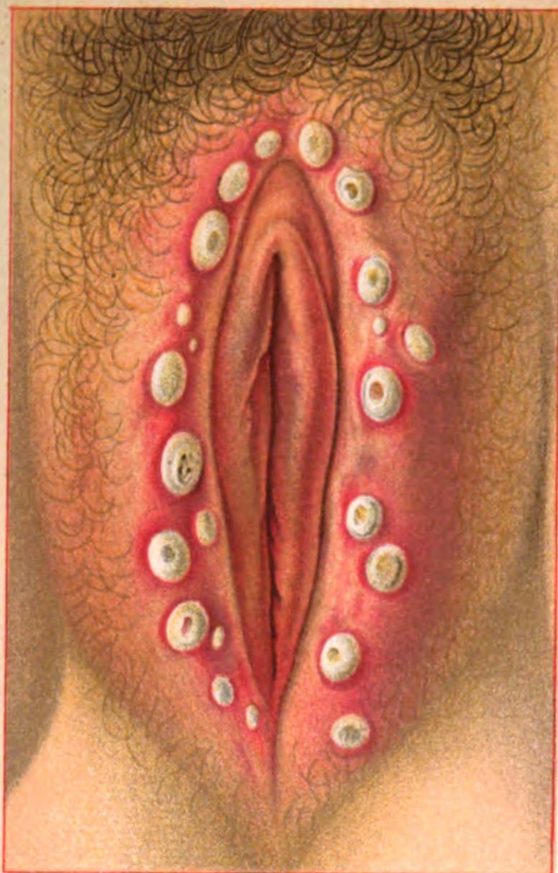


Fig. 1.

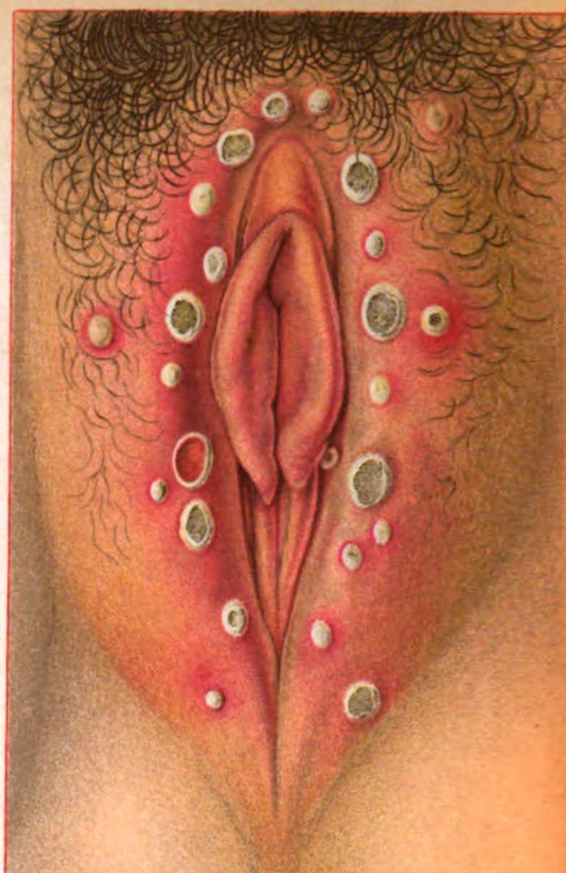


Fig. 2.

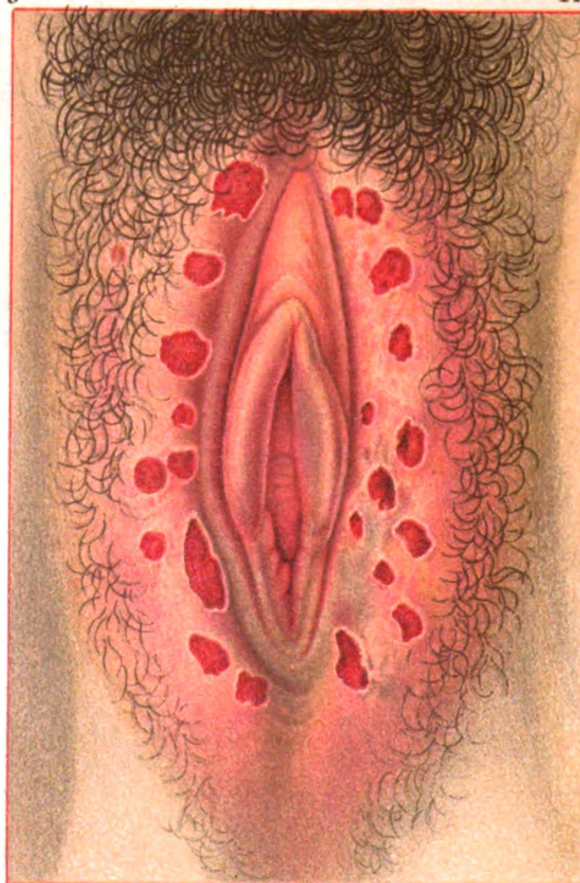


Fig. 3.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig.

Karboleinflufs schrumpfen und diese lange Färbung ist auch notwendig, da die starke Vorfärbung mit der pol. Methylenblaulösung erst vollständig durch die neuen basischen Farben ersetzt werden mufs. Ein vollständiger Ersatz findet übrigens nur beim Pyronin statt; das Methylgrün ist an und für sich zu farbschwach, um die äufserst farbkräftige pol. Methylenblaulösung aus ihrer Verbindung mit den Kernen zu vertreiben. Nur die polynukleären Leukocyten zeigen hin und wieder ein grünliches Blau, die Kerne der Plasmazellen und Schaumzellen sind — wohl durch den Karbolgehalt der Mischung — dunkelviolett.

Die Schaumzellen erscheinen bei dieser Doppelfärbung allerdings nur in zartem Rosa (Pyronin), aber sehr deutlich und da gleichzeitig die Plasmazellen ausgezeichnet gut und tief gefärbt sind, ist die Methode auch für das Studium der Übergangszellen zwischen beiden Formen zu empfehlen. Die Übergangszellen zwischen Spindelzellen und Schaumzellen dagegen sind bei der Orcëinmethode besser zu studieren, weil das Spongioplasma der Spindelzellen bei letzterer schärfer hervortritt.

Aus der k. k. Universitätsklinik für Syphilis und Hautkrankheiten
(Hofrat Professor Neumann) in Wien.

Die Vaccineerkrankung des weiblichen Genitales.

Von

Dr. Georg Löwenbach und Dr. Alfred Brandweiner,
Assistenten der Klinik.

Mit einer Farbentafel.

Wir hatten in den letzten Jahren wiederholt Gelegenheit, an ambulatorischen oder ständigen Patientinnen der k. k. Universitätsklinik Hofrat Neumann in Wien ein eigenartiges, in seinen verschiedenen Phasen sehr variables Krankheitsbild zu konstatieren, welches die Haut des äufseren Genitales betraf, und dessen Entstehung durch Übertragung von Vaccine auf die betreffende Region wir in jedem einzelnen Fall (sei es durch anamnestische Daten, sei es späterhin aus der Analogie mit sicher diagnostizierten früheren Fällen), und aus den uns bereits bekannten klinischen Symptomen erweisen konnten.

Diese Lokalisation der Vaccine am weiblichen Genitale scheint, wie eine Durchsicht der Litteratur zeigen wird, zu den selteneren Erscheinungen in der „Pathologie der Vaccine" zu gehören, und auch in

der Pathologie der Vulva spielt sie, wie wir aus eigener Erfahrung wissen, nach der Frequenz keine grofse Rolle; sie kann jedoch mit anderen, insbesondere venerischen und speziell syphilitischen Affektionen des weiblichen äufseren Genitales verwechselt werden, bietet daher Anlafs genug, an der Hand der von uns beobachteten Fälle hier näher besprochen zu werden.

---

1. J. K., 35jährige Wirtschafterin, in ihrer Kindheit geimpft, kam am 25. Juni 1900 auf die Klinik mit der Angabe, seit einem Tage eine blasenförmige Hautaffektion an ihrem Genitale zu bemerken.

26. VI. An beiden grofsen Labien ist die Haut hell gerötet und druckempfindlich. Inmitten der Röte finden sich in regelloser Anordnung zahlreiche erbsen- bis bohnengrofse Blasen. Die meisten von ihnen zeigen serösen Inhalt, sind wasserklar und von prall gespannter Decke überzogen. Einige zeigen eine Umwandlung zu Pusteln, indem der Inhalt sich eitrig trübt.

An der vorderen Vaginalwand und am Urethralwust finden sich zahlreiche erbsengrofse, ganz seichte Erosionen mit glatter Basis, zum Teil ohne, zum Teil mit speckig grauem Belag, deren Entstehung aus blasiger Abhebung der oberflächlichsten Schleimhautschicht aus peripher über die Erosion hereinflottierenden Schleimhautfetzen ersichtlich ist. Inguinaldrüsen beiderseits multipel haselnuss- bis nussgross, schmerzhaft, teigig weich.

28. VI. Sämtliche Efflorescenzen sind zu Pusteln umgewandelt. Dieselben zeigen einen eigenartig graugelblichen Inhalt, ihre Decke zeigt durchweg im Centrum eine deutliche Delle und einen matten, feuchten Glanz (S. Abb. 1). Blasen mit prall gespannter Decke finden sich nur mehr in geringer Zahl. Dagegen sind einige Blasen durch centrales Reifsen ihrer Decken beraubt und mit benachbarten zu heller- und kreuzergrofsen Geschwüren konfluiert.

30. VI. Die Blasendecke über sämtlichen Pusteln ist geplatzt, so dafs an deren Stelle durchwegs seichte Geschwüre resultieren. Dieselben, von Erbsen- bis Kreuzergröfse, von rundem oder polycyclischem Kontur, lassen zunächst die genaue Beschaffenheit ihrer Ränder und Basis nicht erkennen, da sie von einem dichten, feucht glänzenden, hellgrauen visciden Belag allseitig bedeckt sind. Sie ähneln jetzt den seichten Erosionen, wie solche von vornherein an der Schleimhaut der Vagina und des Urethralwulstes bestanden hatten. — Die diffuse düstere Röte der Genitalregion ist inzwischen erheblich geringer geworden; die Geschwüre sind völlig indolent.

2. VII. Der Belag über den Geschwüren zeigt stellenweise Auflockerung, an einigen Stellen tritt eine hellgerötete Geschwürbasis zu Tage.

3. VII. Die Geschwüre zeigen sämtlich den Belag abgestoßen oder nur mehr in spärlichen, flockenartigen, auch jetzt noch feucht glänzenden, grauen Resten erhalten. Die Geschwürsbasis zeigt sich nun als glatte, hellrot glänzende, im Niveau der Umgebung liegende oder nur leicht deprimierte Fläche ohne nennenswerte Induration, peripher von einem 1—1½ mm breiten, ungemein charakteristischen, zarten, weißen, glatt abgeschnittenen oder unregelmässig zackigen Epidermissaum (dem Rest der ehemals bestandenen Blasendecke) begrenzt.

5. VII. Der Belag auch in seinen letzten Resten entfernt; der periphere Epidermissaum zum größten Teil eingetrocknet, haftet als hellbraune Kruste der Peripherie der Erosionen an. Letztere selbst sind von feinsten roten Granulationen und beginnenden Epithelinseln (feinsten weißen Pünktchen) besetzt.

8. VIII. Die Erosionen sind überall vollständig überhäutet, an ihrer Stelle bestehen nur hellrote, von frischer Epidermis überzogene glatte Stellen.

In der Vagina und am Urethralwulst waren die Erosionen schon einige Tage früher, nach Abstoßung des Belages, glatt überhäutet; die Schwellung der Inguinaldrüsen regreß.

Die Behandlung war in diesem Fall, um den Verlauf so wenig wie möglich zu beeinflussen, eine rein expectative gewesen: Auswaschung der Vagina mit Lysol, Applikation von 1 %igen Karbolumschlägen auf die Genito-Anal-Region.

In den ersten Tagen nach der Aufnahme wurde die Diagnose, da die Affection sich in keinerlei Weise unter irgend eine der am weiblichen Genitale sonst häufiger auftretenden Krankheitsformen subsumieren ließ, in suspenso gelassen. Im weiteren Verlaufe äußerte unser Chef, Hofrat Prof. Neumann, die Ansicht, es könnte sich um accidentelle Vaccine handeln. Eine daraufhin erfolgte Befragung der Patientin ergab nun, daß ihr Kind vor einigen Tagen erfolgreich geimpft worden sei, daß sie die Impfpusteln des Kindes öfter gewaschen und mit dem gleichen Tuch sowohl den Arm des Kindes als auch ihre eigene Genitalregion abgetrocknet habe.

II. L. O., 25jährige Arbeitersfrau, zum letzten Mal geimpft in ihrem 9. Lebensjahre, suchte behufs ambulatorischer Behandlung am 20. X. 1901 die Klinik auf. Sie gab an, seit einer Woche leichtes Brennen am Genitale verspürt und daselbst Rötung und eine Reihe helldurchscheinender Erhabenheiten bemerkt zu haben. Vor 1—2 Tagen hätte zwar das Brennen aufgehört, aber sie bemerke nun eine Anzahl von „Geschwüren“ an der betroffenen Region.

20. X. Die großen und kleinen Labien beiderseits sind leicht geschwellt und gerötet. Dieselben, sowie die Commissura posterior und das

Perineum sind besetzt von dicht gedrängten Erosionen oder seichten Geschwüren, welche entweder kreisrund und erbsengroſs oder, mit benachbarten konfluierend, von unregelmäſsig bogenförmigem Kontur und bis kronengroſs sind. Dieselben zeigen einen schmierigen, intensiv feuchten, hellgrauen, glänzenden, dichten Belag, welcher die ganze Basis diffus bedeckt, am Rande scharf absetzt. Über die kleinsten dieser Gebilde spannt sich, nur an 3—4 derselben deutlich erkennbar, noch eine gänzlich macerierte Epidermisschichte von sehr schlapper Konsistenz, mattfeuchtem Glanz, central deutlich gedellt, auch der Inhalt der noch erhaltenen Blasen ist stark getrübt, so daſs man die Entstehung des schmierigen Belages aus der macerierten Decke samt eitrig fibrinösem Inhalt von Pusteln erschlieſsen kann.

Patientin wird angewiesen, täglich 2 warme Sitzbäder zu nehmen, sich sodann mit Amylum einzupudern und nach einigen Tagen wieder zu erscheinen.

24. X. Die noch erhalten gewesenen Pusteln sind nun ebenfalls sämtlich zu Erosionen und Geschwüren umgewandelt. Der Belag derselben hat sich an vielen Efflorescenzen loszulösen begonnen, so daſs seine Reste als graugelbliche Fetzen von wechselnder Ausdehnung über der Geschwürsbasis flottieren; am meisten findet man diese Reste erhalten an den Rändern der Efflorescenzen, woselbst ein nahezu 1 mm breiter, hellgrauer, stellenweise zackig eingerissener Epidermiswall die Peripherie der Erosion umsäumt. An anderen Efflorescenzen ist der vorher feuchte, glänzende Belag zur graugelben Kruste eingetrocknet.

Die durch diese Veränderung zu Tage getretene (oder nach Entfernung der Krusten bloſsgelegte) Geschwürsbasis ist kaum vertieft, glatt, flach, hellrot glänzend, weich.

28. X. Die letzten Reste des Belages sind entfernt, die Geschwürsbasis überall von zarter, neugebildeter Epidermis überzogen.

Hatte in diesem Fall das Aussehen der von charakteristisch feuchtem Belag bedeckten Gebilde die Analogie mit dem entsprechenden Stadium des früheren Falles und somit die Diagnose „Vaccine“ nahegelegt, so wurde diese Vermutung durch die Anamnese bestätigt. Die Kranke gab an, daſs vor etwas über einer Woche ihr Kind geimpft worden sei und daſs sie bei der Pflege des Kindes (Verbinden und Reinigen der Impfpusteln) leicht Eiter auf ihre Hände habe bringen können; zur Infektion des Genitale sei um so mehr Gelegenheit gewesen, da sie mit dem Kind gemeinsam in einem Bett schlafe.

III. M. G., 24jährige Hausbesorgersgattin, zum letzten Mal vor 10 Jahren geimpft, empfindet seit 6 Tagen Brennen und Jucken am Genitale.

14. VII. Gegenwärtig ist die Schleimhaut der Vulva und Vagina lebhaft gerötet und secerniert reichlich eitriges Sekret. Inguinaldrüsen

beiderseits multipel, über haselnussgroſs, druckempfindlich, von teigig weicher Konsistenz.

Die groſsen und kleinen Labien sind lebhaft gerötet, die Röte greift auch auf die Haut der inneren Schenkelfläche links über und begrenzt sich gegen das mittlere Drittel des Femur in Form einer leicht elevierten, scharf konturierten, bogenförmigen Linie. Innerhalb der Röte stehen gruppenweise zahlreiche erbsengroſse Pusteln, von halbkugelig vorgewölbten Blasendecken bedeckt, welch letztere stellenweise im Centrum der Pustel dellig vertieft erscheinen. Der Inhalt der Pusteln ist ein weiſslichgelber, jede Efflorescenz ist von einem hellroten Hof umsäumt. An einzelnen Pusteln ist eine Eintrocknung der Decke und des Inhalts zu bräunlichgelber Borke zu konstatieren, bei mehreren jedoch ist die Decke geplatzt, es liegt an Stelle der Pustel ein erbsen- bis bohnengroſses Geschwür zu Tage, welches einen dichten Belag aus feuchtglänzender, pulpöser, schmierig weicher Masse von hellgrauer Farbe aufweist. An einem oder dem anderen der Geschwüre ist dieser Belag bereits abgestoſsen, und das Geschwür präsentiert sich als seichte, hellrot glänzende, leicht blutende, flache, glatte Erosion mit einem 1 mm breiten, hellgrauen oder gelblichweiſsen Saum in der Peripherie, welcher unter Bespülung deutlich flottiert und sich als Rest der Blasendecke erweist. (S. Abb. 2.)

17. VII. Sämtliche Efflorescenzen sind nunmehr ihrer prall gespannten oder gedellten Decken beraubt nnd erscheinen als Erosionen mit dem charakteristischen graugelben Belag.

20. VII. Der Belag ist abgestoſsen, die Erosionen sind nunmehr erbsen- bis hellergroſs, flach, hellrot, sehr seicht und zeigen in der Peripherie als runden Ring oder in einzelnen fetzenartigen Resten einen 1 mm breiten, hellgrauen Epidermiswall.

24. VII. Die Erosionen vollständig glatt überhäutet, nur als hell gerötete circumscripte Stellen erkennbar.

Die Inguinaldrüsenschwellung ist unter Bleiumschlägen zurückgegangen.

Die scharf abgegrenzte Rötung am linken Oberschenkel (Impferysipel) ist vollständig abgeblaſst und abgeflacht.

In diesem Fall, welcher groſse Analogie mit dem ersten zeigte, war die Diagnose in dem charakteristischen Aussehen der Pusteln und Erosionen von vornherein gegeben; sie wurde noch, auſser durch den Verlauf, durch das Hinzutreten des Impferysipels unterstützt. Einige Tage vor dem Spitaleintritt war das Kind der Frau geimpft worden; die Frau hatte die am Oberarm des Kindes aufgetretenen Pusteln gereinigt und verbunden. Zur Inoculation auf ihr Genitale war Gelegenheit gegeben durch einen Fluor, der ihr Jucken und Brennen verursachte und sie zu häufigem Kratzen der Genitalregion bewog.

IV. E. F., 37jährige Tischlersgattin, suchte das Ambulatorium der

Klinik mit der Angabe auf, seit einer Woche am Genitale an „Geschwüren“ zu leiden, deren syphilitische Natur sie fürchte.

Die Labien zeigen sich an zahlreichen Stellen erodiert. Die Erosionen sind durchweg flach, seicht, ihre Basis glatt, rot, ohne Derbheit, ohne Belag. Der Rand ist kreisrund oder wellig bogenförmig (durch Konfluenz mehrerer Erosionen), und an einigen Erosionen finden sich periphere Reste eines hellgrauen, ca. 1 mm breiten, macerierten Epidermiswalles. Die Erosionen sind von einem roten Hof umgeben. (S. Abb. 3.)

Die Ähnlichkeit mit dem letzten Stadium der vorerwähnten Fälle war unverkennbar. Auf näheres Befragen stellte sich heraus: Das Kind der Frau war vor etwa 10 Tagen geimpft worden; die Frau litt an einem Fluor und liefs sich unmittelbar nach einem Verbandwechsel der Impfstellen am Arm des Kindes von dem Arzt, welcher den Verbandwechsel vorgenommen hatte, das Genitale untersuchen. Es war der Frau aufgefallen, dafs der Arzt sich nach diesem Verbandwechsel und vor der Genitaluntersuchung die Hände nicht gereinigt hatte.

Die Diagnose „Vaccine“ wurde durch den weiteren Verlauf bestätigt: Reinigung und Überhäutung der Erosionen innerhalb 3 Tagen unter Applikation warmer Bäder und Dermatol-Verband.

Anhangsweise wollen wir ferner noch eines Falles der hiesigen Klinik erwähnen, über welchen bereits Rille (1) berichtet, und dessen der hiesigen Klinik gehörige Moulage in photographischer Reproduktion der Arbeit von Paul (2) beigegeben ist. Derselbe ist zwar nach seiner nosologischen Dignität von den hier beschriebenen Fällen verschieden, wie später ausführlich besprochen werden soll; die Gleichartigkeit der Lokalisation (weibliches Genitale) bringt ihn jedoch zu den obigen Fällen in nahe Beziehung:

Bei einem 3½jährigen Kind fanden sich an den grofsen Labien elevierte, über linsengrofse, ziemlich dicke und resistente, mattweise und gelbliche Krusten und Blasen auf stark entzündlich geröteter Basis, im Centrum eine dunkelbraune Borke. Da am Oberarm desselben Individuums noch intakte Impfpusteln vorhanden waren, wurde die Diagnose Vaccine gestellt, und zwar mufste die Eruption am Genitale contemporär oder nur wenig später als die Eruption der Vaccinepusteln am Oberarm vor sich gegangen sein. Es bestand Fieber. Später trockneten die Blasen ein, der krustige oder feuchte Belag stiefs sich ab, es kam zur Bildung hellrot glänzender, seichter Erosionen, die sich rasch überhäuteten. Heilung nach 8—10 Tagen.

Rille betonte bei dieser Demonstration die Differentialdiagnostik, namentlich gegenüber Syphilis, Herpes und aphtösen Prozessen am Genitale.

Der Verlauf der Impfung ist, wie ja die Lehrbücher der Pädiatrie, Dermatologie und internen Medizin angeben, nicht stets der normale; es kommen Abnormitäten verschiedener Art vor, zu welchen die hier beschriebenen Fälle in mehrfacher Beziehung stehen.

Das Vorkommen von Vaccinepusteln bei dem geimpften Individuum an anderen als den geimpften Stellen (Nebenpocken, Vaccinola) wird von zahlreichen Autoren berichtet, und es würde zu weit führen, hier in extenso alle einschlägigen Beobachtungen mitzuteilen. Wie RILLE (43) und IMMERMANN (44) in ihren zusammfenassenden Besprechungen des Vaccineprozesses berichten, können sich derartige Nebenpocken an den verschiedensten Körperstellen des Impflings: Auge, Zunge, Haut des Stammes und der Extremitäten in wechselnder Menge lokalisieren. Auch erwähnt NEUMANN (47) das Vorkommen von Vaccinolae an der Analregion. Treten sie zerstreut über die Haut gröfserer Körperteile auf, so spricht man von Vaccina generalisata, über deren Entstehungsmodus (ob endogen durch Toxinwirkung der Vaccine, ob durch Antoinoculation auf vorher normale oder durch Ekzem, Prurigo etc. veränderte Haut) bis in die jüngste Zeit keine Einigung erzielt worden ist.

Die spezielle Lokalisation von accidentellen Impfpusteln am Genitale, wie sie der von RILLE (1), PAUL (2) und anhangsweise oben von uns referierte Fall aufweist, scheint, gegenüber den relativ häufigen Lokalisationen am Auge und der generalisierten Vaccine überhaupt, zu den Seltenheiten zu gehören. Wir fanden bei genauer Litteraturdurchsicht nur zwei einschlägige Fälle verzeichnet. WERNER (3) berichtet über ein zehnjähriges Mädchen, bei welchem sich am rechten grofsen Labium eine 5-Pfennigstückgrofse Pustel entwickelte. Dieselbe wurde zunächst für syphilitischer Natur gehalten, es kam zur gerichtlichen Untersuchung, und es stellte sich heraus, dafs das Kind kürzlich geimpft, sich durch Kratzen an der betreffenden Stelle die Vaccine autoinoculiert hatte. Die Diagnose wurde durch das Ausbleiben regionärer Drüsenschwellung und die rasch eintretende spontane Heilung bestätigt.

Ferner wird von GÉRIN ROZE (4) über einen Fall berichtet, in dem bei einem Impfling 10 Tage post vaccinationem drei charakteristische Impfpusteln an den Schamlippen auftraten.

Endlich erwähnt PAUL (5) (ohne näheres Citat in seiner oben citierten Arbeit): „Es sind Fälle bekannt, dafs solche durch zufällige Vaccine-Übertragung an der Vulva entstandene Pusteln für syphilitische Affektionen imponierten und erst die genaue Anamnese, namentlich jedoch die rasch und spontan erfolgende Heilung den vaccinalen Charakter der Affektion erwies".

Von diesen Fällen (Lokalisation von Nebenpocken an Genitale des Impflings) unterscheiden sich unsere übrigen Fälle, indem sie eine Über-

tragung des Vaccinegiftes auf das Genitale derzeit nicht geimpfter Individuen darstellen. Sie fallen also ganz allgemein in jene Kategorie, bei welcher überhaupt eine Übertragung von Vaccine auf derzeit nicht geimpfte Individuen, eine Vaccine-Infektion, statt hat. Solche Fälle gehören immerhin zu den Seltenheiten. In ihrer Lokalisation können sie untereinander sehr verschieden sein. Am häufigsten sind Mitteilungen über mit irgend einer juckenden Hautaffektion (Ekzem) behaftete, derzeit nicht geimpfte Kinder aus der Umgebung soeben geimpfter Kinder; bei denselben findet Vaccine-Übertragung mit Ausbreitung der Impfpusteln über die ganze vorher anderweitig erkrankte Region und noch darüber hinaus statt, also gewissermaſsen eine Vaccina generalisata bei derzeit nicht geimpften Individuen. Solcher Natur sind folgende Fälle:

Dietter (6) berichtet über drei Kinder, bei welchen im Bereich eines vorher bestandenen chronischen Ekzemes multiple Vaccine-Eruption auftrat. Alle drei waren derzeit nicht geimpft (zwei überhaupt ungeimpft) und hatten sich von soeben geimpften Geschwistern infiziert.

Lassar (7) demonstrierte ein nicht geimpftes Kind mit Ekzem, welches von seiner soeben geimpften Schwester mit Vaccine infiziert wurde und an einer generalisierten Eruption von Vaccinepusteln erkrankte.

Wetterer (8) beschreibt 4 Fälle von ausgebreiteter Vaccineeruption bei derzeit nicht geimpften Kindern, welche sich von frisch geimpften Kindern infiziert hatten. 3 der 4 Kinder waren ungeimpft.

Riether (9) berichtet über einen ungeimpften Säugling mit Gesichts- und Kopfekzem, welches von einem zuvor erfolgreich geimpften Kinde durch Kontakt infiziert wurde und im Bereich des Ekzems zahlreiche Vaccinepusteln bekam. Analog ist ein Fall von Cremer (10): Infektion eines ungeimpften Säuglings mit Gesichtsekzem durch Vaccineübertragung seitens seiner 18 Tage vorher geimpften Geschwister; Eruption von Vaccinepusteln innerhalb der ekzematösen Region.

Ferner ein Fall von Werner (11): Ausgebreitete Vaccine-Eruption bei einem an Ekzem leidenden, ungeimpften Kinde, welches mit seinem vor 3 Wochen geimpften Bruder „in engstem Kontakt“ lebte.

Klamann (12) beobachtete ausgebreitete Vaccine-Eruption bei dem ekzemkranken, ungeimpften Zwilling eines vor 14 Tagen geimpften Kindes; Übertragung durch das gemeinsam benutzte Badetuch.

Nach Peter (13) badete ein 5jähriger, ekzemkranker, ungeimpfter Knabe mit seiner vor 14 Tagen geimpften Schwester gemeinsam in einer Badewanne. Er erkrankte an den ekzematösen Stellen an multiplen Vaccinepusteln.

Endlich sind gleicher Art 2 Fälle von Kronenberg (14):

1. Ein ekzemkrankes Kind, welches mit seinem geimpften Bruder im gleichen Bett schlief, erkrankte im Bereich des Ekzems an multipler Vaccineeruption.

2. Ein an Gesichtsekzem leidendes Kind, welches mit dem gleichen Schwamm wie sein soeben geimpfter Bruder gereinigt wurde, erkrankte an multipler Vaccine-Eruption im Bereich des Gesichtes und Mundes.[1]

In einer weiteren Anzahl von Fällen wird über die Übertragung von Vaccine seitens geimpfter Kinder auf derzeit nicht geimpfte Erwachsene berichtet. Meist sind es die Mütter, Ammen, Bonnen der geimpften Kinder, welche also mit den letzteren in einem mannigfaltigen körperlichen Kontakt stehen und so vielfach Gelegenheit zur Infektion erhalten. In diesen Fällen kommt es kaum je zu einer allgemeinen oder ausgebreiteten Vaccine-Eruption, sondern eine solche tritt lediglich lokal am Orte der unmittelbaren Infektion auf. Die Lokalisation ist eine sehr verschiedene.

Zwei derartige Fälle, welche seitens eines und desselben Kindes infiziert wurden, werden von Padieu (15) berichtet: Bei der Mutter des geimpften Kindes (welches übrigens an Gesichtsekzem litt und an generalisierter Vaccine erkrankte) entwickelten sich zuerst 6 Tage, sodann nach weiteren 7 Tagen und noch später post vaccinationem typische Impfpusteln an der Wange und an der Zunge; bei der Bonne des Kindes 12 Tage post vaccinationem gleichartige Pusteln am linken Augenlidrande.

Auch bei Paul (16) fanden wir einen Fall citiert, in welchem sich eine Bonne von einem Kinde mit Vaccina generalisata infizierte, so daſs sie Vaccinepusteln an der Conjunctiva palpebrarum acquirierte.

Kidd (17) beschreibt Vaccineübertragung auf die Mutter eines geimpften Kindes, wobei die Affektion im Bereich des Gesichtes und begleitet von den Erscheinungen eines Gesichtserysipels auftrat. Die Infektion war von einer Verletzung an der Innenseite der Nase ausgegangen.

Laqueur (18) berichtet über einen Mann, welcher sich von einem geimpften Kinde infizierte. Es fanden sich weiſs belegte Plaques im intermarginalen Teil des oberen Lides, sowie auf der unteren Übergangsfalte und im Augenwinkel, ferner Efflorescenzen vom Aussehen typischer Vaccinepusteln auf der Conjunctiva bulbi et palpebrarum und auf der äuſseren Haut.

Drei Vaccinepusteln fanden sich am Naseneingang einer Frau, welche vorher an gleicher Stelle schmerzhafte Einrisse gehabt hatte. Sie hatte dieselben mit Vaselin aus dem gleichen Behälter bestrichen, aus welchem sie Vaselin zur Einreibung der „aufgegangenen“ Impfpusteln ihres soeben geimpften Kindes entnommen hatte (berichtet von Heineke [19]).

---

[1] Eine gewisse Analogie hiermit zeigen die mehrfach (z. B. von Melichar [45], Eichstedt [46] u. a.) beschriebenen, im Anschluſs an Impfung aufgetretenen Epidemien von „Impetigo contagiosa“, wobei nicht nur die geimpften, sondern auch derzeit nicht geimpfte Kinder und Erwachsene von der Affektion befallen wurden.

Eine ähnliche Lokalisation weist ein Fall von LANG (berichtet durch JUNGMANN) auf:

Bei Vornahme einer Impfung sprang von der Impfphiole ein Glassplitter ab und verletzte die Nasenspitze des Impfarztes; an dieser Stelle entwickelte sich Vaccine.

JUNGMANN (20) beschreibt ferner ausführlich eine Vaccineübertragung auf die Amme eines frisch geimpften Kindes; bemerkenswert ist die Thatsache, daſs die Amme Variola überstanden hatte und Variolanarben aufwies. Der Fall ist abgebildet in LANGs Lehrbuch der Hautkrankheiten (21).

WOLFRAM (22) bespricht eine Frau, welche die frischen Impfpusteln ihres Kindes am Oberarm mit dem Munde ausgesogen hatte; sie erkrankte unter Fieber und bekam 3 pockenartige Efflorescenzen am Zungenrücken, nach deren Platzen der Zustand sich rasch besserte.

KALISCHER (23) berichtet über die Mutter eines Kindes, welches an Ekzem litt und nach der Impfung an generalisierter Vaccine erkrankte; die Frau, deren Haut intakt war, acquirierte je eine Pustel von charakteristischem Aussehen an der Wange, am Knie, am Vorderarm, 5 Tage nach der Impfung des Kindes.

Nach SZENES (24) acquirierte von einem Kind dessen Amme die Vaccine, welche sich in diesem Falle im äuſseren Gehörgang lokalisierte!

Nach CREMER (25) wurde eine Frau von ihrem an generalisierter Vaccine erkrankten Säugling (s. oben 10), welchen sie selbst nährte, infiziert, und zwar entwickelten sich Impfpusteln über beiden Brüsten, ferner an der Zunge und am Mundwinkel; letztere beiden präsentierten sich allerdings sehr bald als der Blasendecke beraubte Ulcerationen.

Eigenartig lokalisiert erscheint ferner ein Fall von LANG (26): Nebenpocken in der Axilla.

Typische Impfpusteln fanden sich in einem von HALL (27) publizierten Fall bei einem 15jährigen Mädchen, 8 Tage nachdem sie die Pflege eines eben geimpften Säuglings übernommen, an der Streckseite beider Handgelenke.

Ferner gehört noch in diese Kategorie der Vaccineübertragung auf nicht Geimpfte, nicht Ekzemkranke, ohne allgemeinere Pusteleruption, obwohl keinen Erwachsenen betreffend, der Fall von ABRAHAM (28): Bei einem 3jährigen Mädchen, welches vor 2 Jahren anscheinend ohne Erfolg (keine Narben!) geimpft worden war, entstand am Augenlid und am Kinn je eine Vaccinepustel; das Mädchen schlief mit einem kürzlich geimpften Kind im gleichen Bett.

In die gleiche Kategorie gehören übrigens auch die von verschiedenen Seiten berichteten Übertragungen von Vaccine seitens diverser Tiere auf mit Tierwartung beschäftigte Menschen; auch hier bleibt die Affektion rein lokal. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit unserer diesbezüglichen

Litteraturangaben zu machen, erwähnen wir hier die Angaben von Immermann (44), Bucknill (29), Kaempffer (30), Sympson (31) (sämtlich Infektionen von seiten vaccinekranker Kühe, mit Kuhpocken an den Eutern, auf Melkerinnen, welche dementsprechend Lokalisation an den Fingern, Händen oder Vorderarmen aufwiesen); ferner von Verneuil-Puttemans (32) (Impfpustel über dem linken Mundwinkel eines an Acne faciei leidenden und sich daselbst oft kratzenden Pferdeknechtes) und von Searles (33) (Impfpusteln an den Lidrändern und der Conjunctiva bulbi et palpebrarum bei einem Farmer, welcher viel mit Tieren in Berührung kam).

Aus dieser Litteraturübersicht ergiebt sich, dafs die Vaccine, auf derzeit nicht geimpfte ekzemkranke Kinder übertragen, eine dem Ekzem entsprechende oder generalisierte Ausbreitung findet, beim nicht geimpften Erwachsenen eine isolierte Lokalerkrankung mit sehr verschiedenem speziellen Sitz (Auge, Ohr, Zunge, Mund, Nase, Brust, Extremitäten) darstellt. Immerhin konnten wir, abgesehen von der Vaccineübertragung von Tieren auf Menschen, von beiden Kategorien je über ein Dutzend Fälle in der Litteratur eruieren.

Weitaus geringer ist die Anzahl jener in der Litteratur berichteten Fälle, in welchen sich Vaccineübertragung auf derzeit nicht geimpfte Personen aus der Umgebung frisch geimpfter Kinder am Genitale lokalisierte. Wir konnten nur 5 solcher Fälle finden; völlige Identität mit unseren Fällen (Lokalisation am weiblichen Genitale) weisen hiervon nur 3 auf.

1. Fall von Jungmann (20); Bei einem Knaben, dessen Schwester vor 10 Tagen geimpft worden war, zeigten sich 2 aus Impfpusteln hervorgegangene Exulcerationen am unteren Pol des Scrotums.

2. Fall von Lamb (34): Der Vater eines bereits vor 6 Wochen geimpften Kindes, welcher seine Hände oft mit den Impfpusteln des Kindes in Kontakt gebracht und oft danach, stets ohne sich vorher oder nachher zu waschen, uriniert hatte, acquirierte an der Glans penis 5 typische Impfpusteln. Schmerzen beim Urinieren; Heilung.

3. Fall von Lamb (34): Die Frau dieses Mannes acquirierte nach weiteren 10—12 Tagen im Wege des Coitus 2 typische Impfpusteln am großen Labium und der Urethra; ebenfalls Schmerz beim Urinieren und Heilung.

4. Fall von Nölke (35): Eine Frau, im 9. Monat gravid, erkrankte plötzlich an folgender Genitalaffektion: Die Labia majora, zum Teil die Schleimhaut des vordersten Vaginalabschnittes sind dicht besetzt mit rundlichen, teils isolierten, teils zu Plaques konfluierten Erhebungen; diese sind ziemlich dick, graugelblich, stellenweise nässend, enthalten eine trübe, seröse Flüssigkeit. Einzelne Plaques sind central vertieft, Die Affektion ist schmerzhaft, die Inguinaldrüsen geschwollen, die Haut entzündlich in-

filtriert, Temperatur 38°. Es war fälschlich die Diagnose auf Condylomata lata gestellt. Die Diagnose „Vaccine“ wurde erst gestellt, als sich ergab, dafs 10 Tage vor Beginn der Erkrankung ein Kind der Frau geimpft worden war. Die Frau hatte die geimpfte Stelle häufig verbunden, litt überdies an Brennen in der Vulva und hatte sich wiederholt gekratzt. Weiterhin zeigten sich fernere typische Vaccinepusteln, welche unter indifferenter Behandlung heilten.

5. Fall von Maillefert (36): Bei einer Gravida schwollen plötzlich unter lebhaftem Schmerz die Labien linkerseits zu Walnufsgröfse, auf ihnen etablierten sich bohnengrofse, flache Bläschen mit wasserhellem oder mattgelbem Inhalt. Die Frau hatte an Fluor gelitten und sich in die Schamspalte mit Öl getränkte Leinwandläppchen eingelegt, mit welchen sie vorher die Impfpusteln am Arm ihres vor 11 Tagen geimpften Kindes abgewischt hatte. Unter Applikation kalter Umschläge platzten die Bläschen am 6. Tage, womit auch der Schmerz aufhörte.

In den Lehrbüchern und Zusammenstellungen von Immermann (44), Curschmann (37), Bendix-Uffelmann (38), Henoch (39), Voigt (40), Pfeiffer (41) und Unger (42), sowie in den Lehrbüchern über Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane und den wichtigsten dermatologischen Kompendien fanden wir über diese Lokalisation der Vaccine nichts erwähnt.

Inklusive der von uns hier publizierten übersteigt also die Zahl der sich am Genitale lokalisierenden Vaccinefälle an geimpften oder derzeit nicht geimpften Individuen kaum ein Dutzend. Der eingangs formulierte Satz von der relativen Seltenheit dieser Affektion erscheint demnach gerechtfertigt.

Da die Affektion besonders in ihrem späteren Verlauf meist ein von der gewöhnlichen Vaccine differentes Bild darbietet, erscheint es geboten, auf den Verlauf und das Aussehen, sowie auf die in Betracht kommenden differentialdiagnostischen Merkmale gegenüber anderen am Genitale lokalisierten Krankheitsprozessen näher einzugehen.

Der Beginn der Affektion ist, soweit wir ihn beobachten und den Aussagen der Patientinnen entnehmen konnten, dem Anfangsstadium der Vaccine analog. Unter Jucken und Brennen stellt sich Rötung und Schwellung der betroffenen Partien ein. Nach einigen Tagen kommt es dann zur Bildung etwa erbsengrofser Blasen, die anfangs hellen Inhalt zeigen. Die Konturen der Blasen sind kreisrund, der entzündlich gerötete Hof mehrere Millimeter breit. Häufig konfluieren die benachbarten Blasen, wodurch dann wellige Konturen entstehen. Der anfangs klare Blaseninhalt trübt sich nach wenigen Tagen eitrig, so dafs die Efflorescenzen dann als Pusteln erscheinen, deren Decke bald eine dellige Vertiefung im Centrum aufweist. Häufig rupturieren die Blasen vor der Um-

wandlung in Pusteln, so daſs es überhaupt nicht zur wohlausgebildeten Impfpustel, sondern zur Bildung eines Impfgeschwüres kommt. Dieses frühzeitige Platzen der Blasen bewirkt einerseits die mechanische Reibung, der das Genitale und dessen Nachbarschaft bei Bewegungen ausgesetzt ist, andererseits die Maceration durch das Vaginal- resp. Uterinsekret. In der durch diese beiden Momente gesetzten Veränderung des typischen Krankheitsprozesses liegt der Grund für die Schwierigkeit der Diagnose in manchen Fällen. Meistens kommen die Patientinnen erst in diesem Stadium zum Arzte. Es zeigen sich dann an den groſsen und kleinen Labien, an der inneren Schenkelfläche und in der Analregion linsen- bis hellergroſse Geschwüre, die einen graugelben, leicht abstreifbaren, feucht glänzenden, schmierigen Belag aufweisen, unter dem das blutende Corium zu Tage tritt. Der Geschwürsrand ist meist kreisrund oder wellig konturiert, letzteres, wenn es zur Konfluenz der Blasen resp. Pusteln oder Geschwüre gekommen ist. Am Rand kann man dann die Reste der Blasendecke in Form eines ungefähr 1 mm breiten Saumes von schmutzig-weiſslicher Farbe beobachten. Der dem Geschwürscentrum zugekehrte freie, innere Rand dieses Saumes ist mit der Sonde abhebbar. Die Umgebung dieser Impfgeschwüre ist auf verschieden groſse Distanz hell entzündlich gerötet, meist leicht ödematös geschwollen. Die Inguinaldrüsen sind intumesciert, leicht druckempfindlich. Im weiteren Verlauf stöſst sich der Belag der Geschwüre samt den Resten der Blasendecken, welche zum Teil schon vorher zu Borken und Krusten vertrockneten, ab. Nach Entfernung derselben sieht man einfache Erosionen, Stellen, die in ihren Konturen den früheren Blasen und Geschwüren entsprechen, keinen Belag zeigen und vom Rande her überhäuten. Mit der Reinigung der Geschwüre, dem Nachlassen der entzündlichen Erscheinungen, dem Abblassen und Abschwellen ist der Krankheitsprozeſs beendigt und in wenigen Tagen tritt dann vollständige Überhäutung ein. Narbenbildungen, wie wir sie als Residuen einer überstandenen Impfung am Arme zu sehen gewohnt sind, konnten wir nicht beobachten. Dieser Umstand mag mit dem Infektionsmodus einigermaſsen in Zusammenhang sein. Wie aus den Krankengeschichten ersichtlich, erfolgte die Infektion meistens durch Berührung des Genitales mit den Händen, welche durch Manipulationen mit Impfprodukten verunreinigt waren. Es erfolgt also die Infektion ohne kräftigeren Insult, das Virus wird nur auf epidermislosen Stellen, wie sie durch leichte Maceration entstehen, deponiert. Daher entwickelt sich der ganze Krankheitsprozeſs in oberflächlicheren Hautpartien als bei der gewöhnlichen Impfung am Arm, bei der das Virus auch in tiefere Partien der Haut gelangt. Daher kommt es auch im letzteren Falle zu gröſseren Impfpusteln, als bei der in Rede stehenden Affektion am Genitale, wie aus den Abbildungen resp. der Gröſse der Impfpusteln zu entnehmen ist.

Bezüglich der Differentialdiagnose gegenüber anderen, speziell venerischen Affektionen am Genitale ergeben sich folgende Unterschiede. Im Anfangsstadium (der Blasenbildung) kommen vier Affektionen in Betracht: Pemphigus vulgaris und vegetans, Ekzema und Herpes progenitalis. Vom Pemphigus vulgaris wird die genitale Vaccine vor allem durch den akuten Verlauf, die leichte Drüsenschwellung und durch die Intaktheit der übrigen Hautoberfläche leicht zu unterscheiden sein. Bei Pemphigus vegetans, der ja mit Vorliebe und oft einzig und allein am Genitale, in der Analregion und an der Mundöffnung lokalisiert ist, findet man nach der Entfernung der Blasendecken im Centrum der Efflorescenzen die typischen papillären Wucherungen des Rete Malpighi. Außerdem unterscheidet sich diese Erkrankung von der Vaccine des Genitales durch die exquisite Chronicität. Bei ekzematöser Erkrankung des Genitales werden die Knötchen, das frühzeitige Nässen, das Fehlen der Drüsenschwellung auf die richtige Fährte leiten. Vom Herpes progenitalis unterscheidet sich die Affektion durch die Gröſse der Blasen und die Dicke der Blasendecke. Beim Herpes treten bekanntlich hirse- bis hanfkorngroſse Bläschen auf, die rasch platzen und vertrocknen, kein Jucken verursachen und nicht von Drüsenschwellung begleitet sind, während die Impfpusteln am Genitale Erbsen- bis Bohnengröſse erreichen. Die Blasendecke ist beim progenitalen Herpes ganz dünn, während sie bei der Vaccine aus dickeren und daher derberen Epithellagen gebildet ist.

Im Stadium der Geschwürsbildung, nach Zerfall der Blasendecken, hat sich die Differentialdiagnose auf alle anderen geschwürigen Prozesse, die am Genitale vorkommen, zu erstrecken. In erster Linie kommen die nässenden, syphilitischen, zerfallenen Papeln in Betracht, mit der die Vaccine besonders am weiblichen Genitale groſse Ähnlichkeit hat. Doch fehlt bei Vaccine das Infiltrat, die Drüsenschwellung ist teigig weich und druckempfindlich, es wird der am Rand der Efflorescenzen zu beobachtende restierende Blasensaum und die hellrote Farbe der Erosionen, sowie die akut entzündliche Röte der Umgebung die Diagnose der Impfgeschwüre sicherstellen.

Beim Herpes progenitalis trocknen die Blasen entweder in toto ein oder es entstehen, wenn sie durch Maceration zu Grunde gegangen sind, leicht belegte oder nur erodierte Stellen, die aber schon durch ihre Kleinheit die Vaccine ausschlieſsen lassen; gerade gegenüber dem Herpes progenitalis ist der grauweiſsliche, schmierige, feuchtglänzende Belag ungemein charakteristisch für die genitale Vaccine.

Von Aphthen unterscheiden sich die Impfgeschwüre ebenfalls durch den randständigen Blasensaum, der bei ersterer niemals zu beobachten ist, sowie durch die Prädilektion, welche nach Rille[1] die aphthösen Prozesse für die schleimhäutigen Teile der Genitalregion zeigen.

Ulcera venerea, Chankroide, Sklerosen und Gummen werden infolge ihrer charakteristischen Merkmale wohl kaum jemals mit Vaccinegeschwüren verwechselt werden können.

Im III. Stadium, da die Geschwüre bereits vollkommen gereinigte Basis und keinen Belag, keinen Entzündungshof mehr aufweisen, werden sie wohl nur mehr durch die Form und eventuell vorhandene ganz schwache Reste eines Blasensaumes zu diagnostizieren sein. Wir haben es ja in diesem Stadium mit Erosionen zu thun, wie wir sie nach traumatischen Insulten und nach den verschiedensten Krankheitsprozessen zu sehen gewohnt sind. Im übrigen beweist dann die rasche Abheilung die Harmlosigkeit der Affektion, während im II. Stadium unter Umständen folgenschwere Verwechselungen wohl leicht möglich sind.

In prophylaktischer Hinsicht empfiehlt sich also die Beobachtung der alten Regel, geimpfte Kinder als ansteckungsgefährlich zu betrachten und beim Verbandwechsel etc. mit Vorsicht und Reinlichkeit zu Werke zu gehen.

Die Therapie der im Obigen beschriebenen Affektion beschränkt sich auf Reinhaltung der Geschwüre und Applikation von antiseptischen Mitteln. Auf erstere ist besonders Gewicht zu legen, da es durch Verunreinigung der Pusteln und Geschwüre leicht zur Ausbildung eines Erysipels kommen kann, wie wir ein solches auch in einem unserer Fälle als Komplikation auftreten sahen.

Herrn Hofrat Neumann danken wir an dieser Stelle für die freundliche Überlassung des Krankenmateriales und Förderung unserer Untersuchungen.

Litteratur.

1. Rille, Bericht der 69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Braunschweig 1897. Leipzig 1898. S. 200.
2. Paul, *Archiv für Dermatologie und Syphilis*. Bd. 52. S. 3.
3. Werner, *Monatshefte für praktische Dermatologie*. Bd. 33. No. 7.
4. Gérin Roze, *Gâz. des Hopitaux*. 1880. No. 49.
5. Paul, l. c.
6. Dietter, *Münch. med. Abhandl.* 1893. 42. Heft.
7. Lassar, *Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 29.
8. Wetterer, *Dermatol. Zeitschrift*. 1898. Bd. V. No. 33.
9. Riether, *Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 44.
10. Cremer, *Dermatologisches Centralblatt*. Bd. 3. S. 3.
11. Klamann, *Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 86.
12. Werner, l. c.
13. Peter, *Berl. klin. Wochenschr.* 1895. S. 708.
14. Kronenberg, *Dtsch. Medizinalztg.* 1896. No. 25.
15. Padieu, *Gâz. des Hopitaux*. 1880. No. 52.
16. Paul, l. c.

17. Kidd, *Lancet*. 30. Juni 1900.
18. Laqueur, *Klin. therap. Wochenschr*. 1900. No. 40.
19. Heineke, *Münch. med. Wochenschr*. 1896. No. 29.
20. Jungmann, *Wien. klin. Rundsch*. 1900. No. 38.
21. Lang, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1902.
22. Wolfram, *Münch. med. Wochenschr*. 1896. No. 42.
23. Kalischer, *Dtsch. med. Wochenschr*. 1881. S. 519.
24. Szenes, *Arch. f. Ohrenheilkde*. 1895. S. 139.
25. Cremer, l. c.
26. Lang, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1902.
27. Hall, *Brit. Journ. of Dermatol*. Febr. 1900.
28. Abraham, *Brit. med. Journ*. 7. März 1896. S. 595.
29. Bucknill, *Brit. med. Journ*. 27. April 1895.
30. Kaempffer, *Dtsch. med. Wochenschr*. 1896. No. 50.
31. Sympson, *Brit. med. Journ*. 16. Januar 1892.
32. Verneuil-Puttemans, *Clinique*. 4. April 1895.
33. Searles, *Americ. Journ. of Ophthalmol*. Juni 1893.
34. Lamb, *Lancet*. 1898. No. 1.
35. Nölke, Mitteilungen des Vereins Schlesw.-Holst. Ärzte 1897, referiert in *Monatsh. f. prakt. Dermatol*. 1898. II. S. 524.
36. Maillefert, *Münch. med. Wochenschr*. 1893. S. 589.
37. Curschmann, Pocken (Ziemssens Handbuch. Bd. II. 2). Leipzig 1874.
38. Bendix (Uffelmann), Kinderheilkunde. Berlin-Wien 1899.
39. Henoch, Vorlesungen. Berlin 1898.
40. Voigt, *Wien. med. Presse*. 1895.
41. Pfeiffer, Impfung (Gerhardts Handbuch. Bd. I). Tübingen 1877.
42. Unger, Kinderkrankheiten. Leipzig-Wien 1901. 3. Aufl.
43. Rille, Artikel „Impfausschläge“ der Encyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, herausgezeben von Lesser. Leipzig 1900.
44. Immermann, Variola und Vaccination (Nothnagels Spezielle Pathologie). Wien 1896.
45. Melichar, *Allg. Wien. med. Ztg*. 1889. No. 50.
46. Eichstedt, *Berl. klin. Wochenschr*. 1885. No. 44.
47. Neumann, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1880.

Über Wirkungen konstanter Wärme auf die Haut und andere Organe, mit Demonstration des Hydrothermoregulators und verschiedener Thermokörper.

Vortrag, gehalten auf der 74. Naturforscherversammlang in Karlsbad.

Von

Privatdozent Dr. KARL ULLMANN (Wien-Baden).

(Autoreferat.)

In der Sitzung vom 23. September der chirurgischen Sektion, sowie in der Schlufssitzung vom 25. September der dermatologischen Sektion sprach Dozent Dr. KARL ULLMANN (Wien-Baden) über Wirkungen konstanter Wärme höherer Temperaturen auf die Haut und auf Erkrankungen in derselben und in tiefer liegenden Organen. Der Vortragende bedient sich zur Übertragung leitender Wärme auf die Haut behufs Erzielung von Heilwirkungen eines Präzisionsverfahrens, das es gestattet, die jedesmal benötigten Wärmequantitäten in Bezug auf Temperatur und zu behandelnde Fläche für jede beliebige Zeit hin (auch für Stunden und Tage) genau zu dosieren.

Der dazu verwendete Apparat (vergl. darüber *Wiener klin. Wochenschr.* 1902, No. 15 u. 16, Sitzungsprotokoll der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 4. April 1902, und *Wiener klin. Rundschau* 1902, No. 23—25), vom Vortragenden Hydrothermoregulator genannt, beruht auf dem Prinzipe des hydraulischen Druckes. Eine Wassersäule ohne Ende wird an einer Stelle, dem Reservoir, erwärmt und auf beliebig hohe Temperatur gebracht. Das erwärmte Wasser wird durch eine mittels Motor betriebene Saug- und Druckpumpe von dem Reservoir weg durch ein Röhrensystem getrieben, in welches die den betreffenden kranken Körperteil des Patienten umgebenden Thermokörper, auch Thermoden genannt (aus Blei oder Guttapercha geformt), eingeschaltet sind. Das während des Kreisens abgekühlte Wasser strömt kontinuierlich in das Reservoir zurück und wird dort aufs neue mittels Regulatorvorrichtung auf seine ursprüngliche Temperatur gebracht und erhalten. Als Heiz-, bezw. Triebquelle dient nach Belieben Leuchtgas oder Elektricität. Als Regulator dient entweder ein modifizierter MEYER-SOXHLETscher Leuchtgas-, resp. ein elektrischer Kontaktregulator nach EHMANN, als Motor kann entweder ein $^1/_{40}$ pferdekräftiger

Heifsluft- oder 1/15 pferdekräftiger Elektromotor, nach Belieben für Gleich- oder Wechselstrom wählbar, verwendet werden.[1]

Je nach dem Sitze der zu behandelnden Affektionen kann man verschieden geformte Thermoden wählen. Die Wärmeabgabe durch metallene Thermoden findet rascher, resp. intensiver statt, als mittels Gummithermoden. Bei gleicher Dicke des Materials wird z. B. von Bleithermoden ungefähr dreimal so viel Wärme an die Umgebung abgegeben als von Gummithermoden. — Mafsgebend für die Erzielung von Wirkungen ist jedoch für manche Zwecke (Bakterientötung) nur die absolute Höhe der Temperatur. Diese, an der Haut selbst gemessen, soll 42° nicht überschreiten; gewöhnlich sind auch niedrigere Temperaturen — mit eigenen flachen Thermometern an der Haut gemessen —, z. B. 41°, selbst 40° und 39°, geeignet und ausreichend, um zweifellose therapeutische Wirkungen hervorzurufen. Da es sich um eine Einwirkung feuchter Wärme handelt, mufs die betreffende Region der Haut, resp. Schleimhaut, stets feucht gehalten werden. Das geschieht durch feuchte Watte oder feucht zu erhaltende Kompressen als Unterlagen unter die Thermoden.

Es kann die Quantität der Wärmezufuhr für gewisse Zwecke zweifellos durch deren Intensität ersetzt werden. Diese aber wird, abgesehen von der Dauer der Wärmezufuhr überhaupt, die ja mittels des sich automatisch präzise regulierenden Hydrothermoregulators tagelang kontinuierlich fortgesetzt werden kann — wie schon oben angedeutet, einigermafsen auch durch die Wahl des Thermodenmaterials beeinflufst werden.

Die Heilmethode der konstanten Wärmezufuhr durch Wärmeleitung beruht zum Teile auf anderen physiologischen Voraussetzungen, als andere gebräuchliche Wärmeverfahren, und äufsert sich demgemäfs zum Teile auch in anderen physiologischen Wirkungen, resp. Erscheinungen am Körper, als diese letzteren. Sie entbehrt vor allem jeglicher Reizwirkungen und läfst Verbrennungen absolut sicher vermeiden. Da es sich um feuchte Wärme handelt, entfällt vor allem der Einflufs auf die Schweifssekretion, der bei der therapeutischen Einwirkung von strahlender Wärme, von Glühlichtbädern, Heifsluftkästen etc. eine gewisse Rolle zugeschrieben wird. Mit Bier ist Referent allerdings geneigt, dieser lokalen, profusen Schweifsbildung, soweit sie eine ganz lokalisierte ist, eine nur ganz nebensächliche Bedeutung für die Therapie einzuräumen, selbst für die Behandlung flüssiger Exsudate.

Hingegen ist die Durchwärmung der Gewebe mit konstanter Wärme nach der Tiefe hin eine höchst intensive, was zum Teile durch die bessere

---

[1] Die Fabrikation des Apparates besorgt die Fabrik J. Rohrbecks Nachf., Wien, I, Kärntnerstrafse 59, die der Thermokörper die Firma Leiter, Wien, IX, Mariannengasse.

Leistungsfähigkeit der feuchten, gequollenen Epidermis, zum Teile durch die Dauer der Prozeduren bedingt ist, welche eine Art Erlahmen der Gegenwehr gegen die eindringende Wärme zur Folge hat.

Die angewendeten und zur Erzielung aller gewünschten Wirkungen erforderlichen Temperaturen schwanken an der Oberhaut zwischen Körpertemperatur und etwa 43° C.; Schleimhäute erweisen sich toleranter als die Oberhaut, sie lassen eine mehrstündige Temperatur von etwa 45° C. ohne jede Schädigung des Epithels zu. Die verschiedenen Partien der Oberhaut sind ebenfalls nicht in gleichem Maſse empfindlich. Am heikelsten sind die Partien der Genital- und Thoraxhaut, weniger heikel die des Kopfes, Gesichtes und der durch die Kleider nicht bedeckten Teile der Extremitäten. — Auſserdem besteht eine zweifellos individuelle Variabilität der Empfindlichkeit sowohl je nach dem Lebensalter, der Hautfarbe und dem Ernährungszustande, als auch in Bezug auf die Lokalisation gewisser Hautpartien, endlich in Bezug auf die Dauer und den Zeitpunkt der Prozeduren. Nicht alle, aber doch die überwiegende Mehrheit gleichaltriger Personen reagieren auf präzise Wärmereize in ganz oder nahezu ganz gleicher Weise. Der subjektiven Empfindlichkeit mancher Haut gegenüber Wärmereizen soll natürlich in jedem Falle Rechnung getragen werden. — Eine förmliche Idiosynkrasie, die sich in lokalem Schmerze und leichter Lädierbarkeit (Blasenbildung) bei im allgemeinen gut und schadlos tolerierten Temperaturen resp. Prozeduren äuſsert, ist höchst selten, relativ am häufigsten noch bei Kindern, anämischen und Individuen mit starkem Panniculus adiposus. Diese ist nicht zu verwechseln mit oft vorgefaſsten Meinungen mancher Personen gegenüber Wärmeprozeduren überhaupt oder subjektiv empfundenem Unbehagen. Eine Angewöhnung findet oft auch in solchen Fällen noch statt.

Die obere Grenze der Toleranz ist im Durchschnitt an der Genitalhaut, Penis, Praeputium, Labien 41,5°. Nimmt man jedoch gehörig feuchte Watte als Unterlage und als Thermode Guttapercha, wird auch an diesen Teilen, direkt an der Haut gemessen, noch 42° und 43°, an der Kopfhaut über dem Haar gemessen selbst noch 44° C. stundenlang ohne Blasenbildung ertragen, was für die Behandlung mancher Affektionen (Furunkulose, lokale Infektionen, Trichophytie, vielleicht auch Favus) von besonderem Belang ist. — Die klinischen Erscheinungen bei prolongierter Wärmezufuhr bestehen in einer intensiven Hyperämie, kongestiven Rötung und Schwellung der betreffenden Hautfalten, die die Prozedur oft stunden-, ja tagelang überdauert. Auſerdem in einem gewissen Grade von Maceration der Oberhaut. Mitunter, bei gesteigerter und zeitlich mehr ausgedehnter Wärmezufuhr, treten streng lokalisierte, stärkere Schwellungen, Ödembildung hinzu. Besonders ist das an den nervenreichen Partien des Genitales, Gesichtes, auch auf den Schleimhäuten der Fall. Auch diese

Ödeme sind jedoch flüchtiger Natur und vergehen spontan in Stunden bis Tagen. Ihre völlige Resorption kann weiters, wenn nötig, durch kalte Waschungen und Douchen noch gefördert werden.

Der Wert der konstanten Wärmezufuhr für die Therapie scheint in einer Reihe von physiologischen Effekten zu liegen, von denen als die wichtigsten angeführt werden: die intensive Durchwärmung der oberflächlichen Hautschichten — Versuche von Bier und d. Ref. eigene beweisen dieselbe —, die intensive Blutdurchströmung der gesamten Hautschichten bis in die Tiefe der Muskellager hinein, ferner die intensive Beeinflussung der direkt getroffenen Nervenbahnen, sowie auch die reflektorisch mitbeeinflufsten Nerven und Gefäfsgebiete in abseits gelegenen Regionen (kollaterale, symmetrische Hyperämie und Schmerzstillung).

Dementsprechend lassen sich durch die Anwendung konstanter feuchter Wärme bestimmter Temperaturen und innerhalb gewisser, natürlich sehr verschiedener Zeiträume erzielen:

a) Baktericide Effekte bei der (abortiven) Behandlung des Ulcus venereum, sowie anderer nekrotisch-ulceröser, bakteriogener Prozesse im Derma (Erysipel, Gangrän, Phlegmone, Furunkel, Pustelbildungen, Impetigo contagiosa und Impetigo simplex, Trichophytia capillitii u. a.);

b) resorptive und wahrscheinlich baktericide zugleich in der abortiven Behandlung des Rheumatismus gonorrhoicus acutus, sowie der Prostatitis, Periurethritis gonorrhoica, follikulärer Abscesse, der Epididymitis und Funiculitis gonorrhoica acuta und chronica, entzündlicher und ulceröser Bubonen, sowie mancher infektiöser Granulome, Sycosis parasitaria und vulgaris, Actinomycosis etc.;

c) resorptive Effekte in der Aufsaugung von älteren entzündlichen Infiltraten, Acne indurata, spezifisch gummöser, oder solcher auf traumatischer Basis; ferner auf dem Grenzgebiete der Chirurgie, auch bei Exsudationsresten in Gelenken nach Rheumatismus und Gicht, Periostosen, Ostitis, entzündlich veränderten Varixknoten, Blutungen nach Distorsionen, Quetschungen, zur Beschleunigung der Wundheilung bei stark eiternden Wunden durch Beschränkung der profusen Leukocytose;

d) anregende, histoplastische Effekte bei Atonie, Torpidität in der Granulationsbildung, Neigung zur Serpiginosität und zum Gewebszerfall;

e) schmerzstillende Effekte bei entzündlichen wie neuralgiformen Zuständen aller Art, die Fälle von Gewebsalienationen in den Nerven selbst mit einbegriffen.

Kontraindikationen, insbesondere gegen die Anwendung höherer Temperaturen (von 40° C. aufwärts), dürften in der Neigung zu Blutungen,

hämorrhagischer Diathese, vielleicht auch bei Tuberkulose und anderen akuten Infektionen gegeben sein.

Über eine Anzahl von Fällen dieser Art, die der Referent bereits in öffentlichen Spitälern, sowie in Privatsanatorien und in eigener Praxis erfolgreich mittels seiner Methode behandelt, hat derselbe bereits an anderen Stellen unter Demonstration derselben ausführlich berichtet (Sitzung der Gesellschaft der Ärzte vom 4. April 1902 u. a. a. O.). Weitere ausführliche Mitteilungen folgen demnächst im *Archiv für Dermatologie.*

Seither ist seine Methode auch an anderen öffentlichen Stellen versucht und nachgeprüft worden, z. B. an der Kehlkopfklinik des Professors O. Chiari und an der I. medizinischen Klinik des Hofrats Nothnagel in Wien und an anderen Orten, und wird über die dabei erzielten Resultate von zuständiger Seite zur Zeit öffentlich referiert oder ausführlich berichtet werden.

Die Methode der konstanten Wärmezufuhr eignet sich ganz besonders auf internem Gebiete zur Behandlung des Rheumatismus acutus, subacutus und chronicus, von Neuralgien, Angina pectoris, Cholelithiasis, Bleikolik und zur Steigerung der Resorption bei älteren Exsudationsprozessen in allen der Behandlung zugänglichen Körperteilen, Pneumonie, Perityphlitis gewisser Formen und Stadien.

In der Laryngologie sind es hartnäckige Stirnhöhlenkatarrhe, Angina Ludovici, Halsphlegmonen, vielleicht noch andere Affektionen, wie chronische Katarrhe des Larynx, Infiltrationen und Anchylosen der Kehlkopfknorpel und Gelenke, die auf diese Weise günstig zu beeinflussen sind.

Aus der Klinik des Herrn Professor Ottokar Chiari im Wiener allgemeinen Krankenhause wurde dem Referenten bereits eine kleinere Reihe von Krankengeschichten solcher daselbst mittels Hydrothermorregulator behandelter Fälle (betreffend Lymphadenitis purulenta colli, Phlegmone des Mundhöhlenbodens, Angina Ludovici, Peritonsilitis infectiosa, Sclerema laryngis) zur Berichterstattung für die Naturforscherversammlung in Karlsbad freundlichst zur Verfügung gestellt. Ohne hier näher auf dieselben einzugehen, kann wohl schon jetzt aus diesen Fällen ein deutlicher Nutzen des Verfahrens, wenigstens für einige dieser Affektionen, gefolgert werden, einerseits im Sinne rascherer Resorption, d. h. Resolusion, andererseits in dem einer raschen Liquefaktion von entzündlichen Infiltraten.

In der Ophthalmologie wären es Steigerungen des intraokulären Druckes, Iridocyklitis, Skleritis, gewisse Ulcera corneae, chronisch entzündliche Prozesse an den Lidern etc., eventuell die Beseitigung oder Milderung von Schmerzen (Glaukom, Ulcerationen etc.) und anderen Affektionen, die auf diese Art der Wärmezufuhr zu beseitigen oder an einzelnen Symptomen zu mildern wären.

In der Gynäkologie ist es das Gebiet der manche Formen der Perimetritis und der Parametritis, sowie der Metritis und Endometritis, endlich entzündliche Infiltration des kleinen Beckens überhaupt, ferner solche der Portio vag., dann Mastitis u. a. Affectionen, die sich wohl, wenigstens temporär, für diese Art der Behandlung eignen dürften.

Auch auf veterinärem Gebiete zur Therapie entzündlicher Affektionen von Haut, Periost, Knochen und Sehnen, zumal bei Pferden statt des oft fruchtlosen Blisterns zur Behandlung von Gelenksversteifungen, eiternder, verunreinigter Wunden, zur Abkürzung des Wundverfahrens nach Operationen hat sich dieses Verfahren bereits bewährt und wird hierüber ebenfalls von zustehender Seite noch ausführlicher berichtet werden.

Die Technik des Verfahrens ist einfach, die Einführung der leicht auf kleineren Tischchen transportablen Apparate unterliegt weder in öffentlichen Spitälern, noch in Privathäusern erheblichen Schwierigkeiten, der Betrieb ist bloſs mit den geringen Kosten des Gasverbrauches oder bei elektrischem Betriebe pro Apparat und Kranken bis 2 Ampère (pro Stunde ca. 10 h) verbunden.

Auſser zu Heilzwecken dient der Hydrothermoregulator aber auch zur exakten Feststellung von Wärmewirkungen bestimmter Temperaturen, und für diese experimentellen Zwecke wurde der Apparat eigentlich und ursprünglich konstruiert.

Dem Vortragenden gelang es, mit Hülfe desselben zunächst einige Feststellungen über die Tiefenleitung konstanter feuchter Wärme bestimmter Temperaturen durch die leitende, d. h. vom Blute normal durchkreiste Tierhaut (von Hunden, Kaninchen), durch die normale oder pathologisch veränderte menschliche Prostata zu machen, desgleichen an Organen, in denen die Zirkulation künstlich (durch Unterbindung der Hauptarterien) herabgesetzt oder gänzlich unterbrochen war (am Kadaver). Über einige dieser Versuche hat der Vortragende (am 4. April 1902, l. c.) bereits in Kürze berichtet, die ausführlichen Mitteilungen folgen zu einem späteren Zeitpunkte.

Die bei allmählicher Steigerung der Temperatur und sehr prolongiert von 2 bis 5 Stunden am lebenden gesunden Tiere — es können zu diesen Versuchen nur Kaninchen oder groſse Meerschweinchen verwendet werden — angewendeten Wärmeapplikationen ergaben dem Vortragenden ebenfalls bemerkenswerte Resultate in anatomischer Beziehung. Es gelang ihm, bei derart prolongierter Anwendung von Temperaturen von 39° C. angefangen bis zu 48° C., alle Grade der einfachen aktiven Hyperämie bis zur Bildung von Ödemen der Cutis und Subcutis und von Hämorrhagien und Nekrosen zu erzeugen, die, streng auf die Gegend der Wärmeapplikationen lokalisiert bleibend, in kürzerer oder längerer Zeit — die Nekrosen ausgenommen — wieder zur Restitutio ad integrum gelangten. Auffallend war hier eine

weit gröfsere Toleranz der Kaninchenhaut gegenüber der menschlichen, insofern sich z. B. bei weit höheren Temperaturen an den rasierten Stücken oder Bauchhaut des Kaninchens Blasenbildung und Gewebshämorrhagie einstellte, als ceteris paribus beim Menschen.

Im grofsen und ganzen sind es aber die einzelnen (ersten) Phasen der schon von JULIUS COHNHEIM 1873 beschriebenen Entzündung auf starke thermische Reize (Verbrühung mit heifsem Wasser durch einige Minuten) hin, die hier histologisch und teilweise schon grob anatomisch und klinisch (Hämorrhagien) offenkundig werden.

Es ist klar, dafs sowohl die mechanische Auflockerung der Gewebe, als auch der geänderte und vermehrte Gewebsstoffwechsel im Bereiche der durchwärmten Partien nebst der unleugbaren mächtigen Nervenbeeinflussung — die sich dem anatomischen Nachweise vor der Hand entzieht — bei dieser Art der Thermotherapie eine wichtige Rolle spielen.

So erscheint, theoretisch wie praktisch genommen, die konstante Wärme als ein bedeutendes physikalisches Heilmittel.

Aus der Praxis.

Noch einmal die Zinkleim-Puderdecke.

Von

Dr. RASCH-Stuttgart.

Auf die von Herrn Dr. SACK gegen die von mir empfohlene Puderbehandlung der Leimdecke erhobenen Einwände erlaube ich mir folgendes zu bemerken.

Die von mir durch Applikation von Puder gewonnenen Leimdecken zeigen durchaus keinen höheren Grad von Austrocknung, keine Spur von Rissigwerden, keine durch Risse hervorgerufene Parzellierung in kleinere Felder oder gar in die Haut einschneidende harte Kanten, wie sie Dr. SACK bei dem gleichen Verfahren gefunden hat. Im Gegenteil bildet der mit Puder überstrichene Leim aufserordentlich geschmeidige, weiche, elastische, mit der Haut in kleinen Falten abhebbare Decken, die auch nach Tagen noch in ihrer Kontinuität erhalten bleiben. Ein Zinkleim-Puderverband, den ich mir selbst vor einigen Tagen am Oberschenkel appliziert habe, liegt gegenwärtig noch, am vierten Tage, ohne die geringsten Veränderungen zu zeigen. Ich bin fest überzeugt, dafs er noch weitere vier Tage liegen bleiben könnte. A priori ist fernerhin anzu-

nehmen, daſs das dem Leim inkorporierte Plus von Puder das Aufsaugungsvermögen des Leimes für die Feuchtigkeit der Haut steigern wird. Indessen habe ich den Wert der Puderdecke gar nicht in einer Erhöhung des therapeutischen Effektes des Zinkleimverbandes gesucht, sonst hätte ich, wie ich allerdings auch daran gedacht habe, vorgeschlagen, dem Puder gleichzeitig die medikamentösen Substanzen zuzusetzen, die man bis jetzt dem Leim allein inkorporiert hat. Den wesentlichsten Vorteil, den die von Puder bedeckte Leimschicht bietet, sah ich vielmehr, auſser in ihrer elastischen Geschmeidigkeit, in kosmetischer Hinsicht in ihrer Glätte und ihrer der Hautfarbe entsprechenden Färbbarkeit.

Das Verstreichen des Puders über gröſsere Leimflächen ist zwar scheinbar etwas umständlich, auch ich hielt deshalb die Methode anfänglich mehr für kleinere Stellen geeignet, indessen ist das Auftragen des Puders auch über weitere Strecken sehr schnell und leicht auszuführen. Man braucht nur den Puder in voller Hand zu fassen und ihn, unter Öffnen dieser, gleichmäſsig über den Leim zu verteilen. So wird sich auch ein zuvörderst unter den beiden Methoden wohl zu Gunsten der Wattierung entscheidender Wärter bald an die neue Methode gewöhnen.

Den Grund für den mangelhaften Erfolg, den Herr Kollege Sack mit der Bepuderung des Leimes erzielt hat, vermag ich nicht anzugeben. Vielleicht führen die folgenden nachträglichen Angaben zu einer Aufklärung unserer verschiedenen Resultate.

Ich gebrauche ausschlieſslich weichen Zinkleim nach der Mielckschen Vorschrift. Den Puder trage ich dick auf und lege viel Wert auf ein sorgfältiges Verstreichen desselben. Auf die Art des Puders kommt es dagegen weniger an; ich habe mit pflanzlichem wie mineralischem denselben guten Effekt erzielt.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. Dezember 1902.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Saalfeld demonstriert einen Mann, der seit 14 Jahren eine vereinzelte Plaque von Lichen ruber verrucosus am Unterschenkel trägt. Vor einigen Monaten hat sich eine generalisierte **Lichen planus**-Eruption eingestellt.

2. Saalfeld demonstriert ein 8jähriges Mädchen, welches seit 2 Jahren an **Granulosis rubra nasi** leidet. Die Affektion umfaſst Nasenspitze und Oberlippe.

3. Bodländer berichtet über einen Fall von **Urethritis non blennorrhoica**. Es fanden sich **intracelluläre Stäbchen**, deren Kultur, auf die Urethra eines Hundes appliziert, starken eitrigen Ausfluſs erzeugte.

Diskussion: LEDERMANN hat bei nichtgonorrhoischer Urethritis Stäbchen gefunden und gezüchtet, die aber nach BODLÄNDERS und PIORKOWSKIS Gegenbemerkungen Verschiedenheiten von den hier demonstrierten zeigen.

ROSENTHAL fragt nach etwaiger reizender Vorbehandlung der Urethra, wobei er, unter Bericht eines Falles, namentlich durch das neuerdings vertriebene Prophylacticum Viro glaubt eine Mehrung der Reizurethritiden voraussagen zu dürfen. BODLÄNDER gibt an, von keiner vorhergehenden Reizung zu wissen.

4. BODLÄNDER berichtet von einem Fall, in welchem viele Jahre nach Überstehen der letzten Blennorrhoe ein auffallend massenhaftes, gonokokkenfreies **Sekret,** namentlich **aus den Urethraldrüsen,** entleert wurde.

5. PINKUS demonstriert an einem Mann und an Wachsmodellen und mikroskopischen Präparaten die **Gruppenstellung der Haare** (Dreihaargruppen) nebst **Haarscheiben** und **Schuppen.** Erstere stellen wegen ihres aufserordentlichen Nervengehaltes vermutlich ein Sinnesorgan dar, letztere bilden eine Andeutung der auf die Säugetiere vererbten Reptilienschuppe.

6. FISCHER demonstriert einen Mann mit **Tuberkulose der Zunge,** die durch Hetolbehandlung günstig beeinflufst worden ist.

Diskussion: LESSER hebt die Bedenken LANDERERS gegen die Hetolbehandlung hervor.

7. LEDERMANN demonstriert einen alten Mann mit **Lichen ruber moniliformis,** besonders der Unterschenkel.

8. WECHSELMANN demonstriert einen Mann mit **Lichen ruber planus,** dessen Eruption nach Chrysarobinbehandlung einer älteren Plaque sich verallgemeinert hat. Er geht dabei auf die Auffassungen BROCQS ein.

9. WECHSELMANN demonstriert eine Frau mit **Lichen an der Vulva.**

10. MEYER hält einen Vortrag über **Hasenvenerie.** An einem drei Tage nach dem Schufs eingelieferten Hasen fand man Vergröfserung der Testikel und ein Dekubitalgeschwür am Scrotum. Als Ursache fafst Vortragender lange, nach GRAM sich entfärbende, nicht säurefeste, am besten mit Methylenblau(Pyrogallolentfärbung) darstellbare Stäbchen auf, welche bis zu einem gewissen Grade den Hospitalbrandbacillen MATZENAUERS ähnlich sind.

Diskussion. HELLER verlangt den Vergleich mit ebenso lange toten, sonst gesunden Hasen und citiert BOLLINGERS Arbeit über dieses Thema, MEYER weist die Ansicht, es möge sich um kadaveröse Erscheinungen handeln, wegen der Lagerung der Bakterien und des negativen Befundes der übrigen Organe zurück.

11. SCHILD teilt weitere Erfahrungen über **Atoxylinjektionen** mit. Er injiziert nur zweimal wöchentlich, da das Atoxyl lange im Körper verweilt, nicht so schnell wie andere Arsenverbindungen ausgeschieden wird (Dosis 0,2). Unter 2000 Injektionen nie schädliche Wirkung.

Diskussion: ROSENTHAL sah bei Psoriasis gute Erfolge bei Kombination mit äufserer Behandlung, keine Erfolge durch Atoxyl allein.

BUSCHKE verlangt durch Untersuchung des Urins den Nachweis, dafs es sich um eine langsamere Ausscheidung und nicht um ein unzersetztes Passieren des Körpers handelt.

LIPPMANN hat nach den Angaben der Literatur nicht den Eindruck bekommen, als wirke das Mittel besser und schneller als die übrigen Arsenpräparate.

LESSER II bestätigt das gute Ertragenwerden der Injektion von 0,2, glaubt aber, dafs der gröfste Teil des Mittels ohne Abspaltung des Arsens, also auch unwirksam, den Körper wieder verlasse. Ähnliches ergab sich bei der experimentellen Prüfung der kakodylsauren Präparate.

Schild bemerkt, daſs die Harnuntersuchung die Ausscheidung vom zweiten Tage an, und über sieben Tage sich erstreckend, ergeben habe. Als wichtigster Punkt sei die Seltenheit der Injektion hervorzuheben. Den Beweis für die Wirkung ergibt die stets rasch und sicher eintretende Heilung des Lichen ruber.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15./28. November 1902.

Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.

1. Krassnoglasow demonstrierte einen Fall von **Mycosis fungoides.** Der betreffende, 78jährige Mann, früher Bedienter, leidet seit $3^1/_2$ Jahren an Ekzem, wozu sich in der letzten Zeit Geschwüre gesellt haben. Stat. pr.: Der abgemagerte, blasse Mann weist auſser einem allgemeinen, teils erythematösen, teils lichenoiden, teils krustösen Ekzem an verschiedenen Stellen des Körpers, so besonders auf der Stirn, auf der Unterlippe, ferner in der Nabelgegend etc. fungöse Geschwüre auf, die auſserordentlich schmerzhaft sind. Die inneren Organe zeigen auſser Atonie der Därme keine besonderen Veränderungen. In der letzten Zeit hat sich eine starke, allmählich immer mehr zunehmende, allgemeine Schwäche eingestellt. Die Behandlung besteht in Arseninjektionen.

Diskussion: Pospelow schlieſst sich vollkommen der Diagnose an, da alle klinischen Symptome dieses Leidens vorhanden sind, und hält diesen Fall für den, seinem Wissen nach, ersten derartigen in Moskau.

2. Sundelowitsch, als Gast, führte ein 11jähriges Mädchen mit einem **Naevus vasculosus** der linken Gesichtshälfte vor, welcher nach $1^1/_2$monatlicher Lichtbehandlung mit dem Lortet-Genoudschen Apparat eine beginnende Besserung (Abblassung) zeigt.

3. Bogrow, als Gast, zeigte, im Namen von Blagowolin, ein 12jähriges Mädchen mit **tuberkulös-ulcerös syphilitischen Erscheinungen** der Nase und der Oberlippe und mit Narben nach gummösen Ulcerationen. Der Fall beansprucht dadurch Interesse, daſs er längere Zeit von anderer Seite vergeblich mit Lichtstrahlen behandelt worden war, während jetzt unter der spezifischen Behandlung die Vernarbung eingetreten ist.

4. Sokolow stellte einen Mann mit **Molluscum fibrosum** vor.

5. Reschetillo, als Gast, sprach über einige Fälle von **Lepra bei Neugeborenen** und über die Rolle der Vererbung bei der Lepra. Verfasser erwähnte zunächst, daſs er im Jahre 1888, während seiner Tätigkeit als Arzt in Jerusalem, dreimal Gelegenheit gehabt hat, Lepra der Neugeborenen zu sehen. In Anbetracht dessen aber, daſs er nur in einem Falle eine genaue Untersuchung vornehmen konnte, besprach er nur diesen einen, bereits in seiner Dissertation kurz erwähnten und in der Literatur schon bekannten Fall genauer. Es handelte sich um ein Kind lepröser, arabischer Eltern, von denen zuerst der Vater erkrankt war. Die Mutter, welche später erkrankte und vorher ein gesundes Kind geboren hatte, gebar nun, nachdem zwei Aborte vorausgegangen waren, den uns interessierenden Knaben. Derselbe wies bereits am dritten Tage nach der Geburt, auſser einer allgemeinen, rötlichen Hautfärbung, gelblichrote Flecken auf dem Rücken, dem Kreuz etc. auf, wobei das Gesicht eigentümliche Runzeln zeigte. Am neunten Tage nach der Geburt erschien ein pemphigusartiger Ausschlag, dann Knoten, und am 18. Tage starb das Kind. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab reichliches Vorhandensein typischer Leprabacillen. Auf Grund dieses, wie der übrigen bei Babes erwähnten Fälle von Lepra bei Neugeborenen spricht sich Reschetillo für eine erbliche Lepra aus, aber nicht in dem gewöhnlichen Sinne,

sondern auf dem Boden der Infektion durch das Leprabacillen enthaltende Sperma oder die bacillenhaltige Eizelle. Er faſste seine Ansicht in die zwei Sätze zusammen: 1. Es gibt keine vererbte Lepra ohne Ansteckung, und 2. die Infektion ist der einzige Weg der Übertragung sowohl für die Lepra der Erwachsenen, als bei den Neugeborenen. Hinsichtlich der Dauer der Lepra bei Neugeborenen äuſserte Verfasser, daſs die meisten Kinder nur einen Monat leben.

Diskussion: KEDROWSKI, welcher Kaninchen mit Leprakulturen impfte, beobachtete nebenbei, daſs es bei den trächtigen Kaninchen zu frühzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft kam, und nur in einem Falle, wo die Frucht ausgetragen wurde, erfolgte alsbald Tod.

RESCHETILLO bestätigt das häufige Vorkommen von Aborten bei Leprösen und die seltene Beobachtung der Geburt ausgetragener Kinder.

SPERANSKI freut sich, im Referenten einen strengen Anhänger der kontagiösen Natur der Lepra zu sehen, welche Ansicht ihre anatomische Bestätigung gefunden hat durch die Beobachtungen von Prof. FERRARI.

TSCHLENOW erkundigt sich, ob Referent histologische Untersuchungen der unausgetragenen Fälle vorgenommen hat, was verneint wird.

TSCHLENOW erwähnt dann, im JAMBURGschen Leprosorium so viele Leprakranke gesehen zu haben, die aus einem Dorfe stammten, und fragt, ob in Palästina ähnliche Beobachtungen gemacht werden?

RESCHETILLO entgegnet, in der Tat beobachtet man in Palästina leprafreie und lepröse Dörfer.

KEDROWSKI erinnert an die Arbeit von BAZANNIKOW und dessen Annahme von einer autochthonen Entstehung des Leprabacillus.

RESCHETILLO erkennt die spezifische Natur des Leprabacillus voll an, glaubt aber, daſs sich bei der tuberösen Form die Leprabacillen in Gemeinschaft mit anderen Mikrobien und bei der nervösen Form allein entwickeln. Der Übergang der nervösen in die tuberöse Form würde demnach durch Hinzugesellen anderer Mikrobien zu erklären sein, in deren Gemeinschaft die Leprabacillen sich reichlicher entwickeln und umgekehrt.

TSCHLENOW und KEDROWSKI erklären sich mit dieser bloſs theoretischen Annahme nicht einverstanden.

ORLOW bezweifelt gleichfalls diese Ansicht, da er bei Untersuchung des Blutes von Leprösen niemals andere Mikrobien gefunden hat.

RESCHETILLO entgegnet, daſs die anderen Mikrobien sich nur an der Oberfläche der Leprome entwickeln und nicht in das Blut übergehen.

POSPELOW schlieſst die lebhafte Debatte, indem er dem Vortragenden dankt und aus dem Vortrage desselben das wichtige Faktum hervorhebt, daſs die Kinder von der Mutter angesteckt werden. Was kann überzeugender die Infektiosität der Lepra beweisen, als dieses?

6. SOKOLOW stellte den einen der beiden in der vorigen Sitzung demonstrierten Knaben mit **Ulcus PENDE** vor. Unter Auskratzung und Kompressen von Arg. nitricum (0,12 : 30,0) ist das Ulcus auf der Wange vernarbt.

7. METSCHERSKI zeigte die Moullage eines Falles von **Ulcus cruris varicosum** bei einer 60jährigen Frau, welches 7 Jahre bestanden haben soll und jetzt nach vier Kalomelinjektionen bei lokaler Behandlung mit bloſs 2%igen Borsäurekompressen vernarbt ist. Dieser eine Fall ist natürlich nicht beweisend, aber fordert zur Nachprüfung dieser von Prof. POSPELOW zuerst bei Elephantiasis mit Erfolg geübten Therapie auf.

Fachzeitschriften.

Beiträge zur Syphilis-Forschung.

1902. Heft VI und VII.

Kasuistik über weitere 20 Fälle von Syphilis, bei denen der Syphilisbacillus aus dem Blute gezüchtet werden konnte, von M. v. NIESSEN-Wiesbaden. Den Lesern *dieser Zeitschrift* ist es bekannt, dafs v. N. Anspruch darauf erhebt, den so oft gesuchten und als gefunden proklamierten Syphilisbacillus tatsächlich entdeckt zu haben. Seine Kulturmethode beschreibt er in obiger Mitteilung wörtlich folgendermafsen: „Die steril mit Spritze aus der Vena mediana aspirierte Blutmenge (nicht zu wenig, Minimum in zweifelhaften Fällen 10 ccm) wird in Kölbchen mit steriler Bouillon zu 2—3 ccm Blut auf 30—50 ccm Bouillon verteilt und 8—10 Tage im Wärmschrank unberührt gelassen. Es empfiehlt sich, die Bouillon recht konzentriert einzukochen, so dafs sie abgekühlt etwas gallertige, geleeartige Konsistenz hat. Lieber warte man mit dem weiteren Verarbeiten der Blutbouillon einige Tage länger, da bisweilen Wochen vergehen, ehe die ersten Spuren von Diplokokken resp. jener winzigsten Kokkobacillen nachweisbar sind, die, auf Gelatineoberfläche übertragen, nach einigen Tagen einen feinen gelben Bezug erzeugen, der die Gelatine sehr langsam verflüssigen kann und die übrigen Charakteristika für den Syphilisbacillus aufweisen mufs. Diese Methode führt in den Fällen, wo das Kontagium überhaupt kulturell reproduzierbar ist, mit absoluter Sicherheit zum Ziele." Im ganzen giebt v. N. an, jetzt 72 Menschen und 3 infizierte Tiere (zwei Schweine, einen Affen) mit positivem Resultat auf das Vorhandensein des Bacillus untersucht zu haben. Die Überschrift enthält einen Druckfehler, indem hier 33 Fälle in extenso und 7 ganz kurz beschrieben werden. Wenn man auch die teilweise mit dichterischem Schwung verfafsten Krankenberichte nicht ungern liest, so werden doch die wenigsten Ärzte geneigt sein, ohne weiteres Beweismaterial den Anschauungen des Verfassers sich anzuschliefsen, so namentlich in Bezug auf die Unheilbarkeit der Syphilis, die Bedeutung der Injektion von Konjunktiva und Sklera als pathognomonisches Zeichen für Syphilis und anderes mehr.

Der weitere Syphilisverlauf bei meinen Versuchstieren, von M. v. NIESSEN. In dieser Mitteilung berichtet v. N. ausführlich über die klinischen Erscheinungen und den anatomischen Befund bei den von ihm mit seinem Syphilisbacillus injizierten Tieren, fünf Affen und drei Schweinen, welche seiner Auffassung nach alle deutliche Zeichen der Lues intra vitam und post mortem aufwiesen. Dabei gelang es ihm, wie er berichtet, wenn auch nicht immer, so doch gelegentlich den gleichen Bacillus aus dem Blute wiederzugewinnen. Namentlich das eine Schwein wies sehr hochgradige Veränderungen auf, welche sechs Wochen nach der Injektion anfingen und sich aufser in gewissen cutanen Läsionen namentlich an einer hochgradigen Geschwulstbildung am Kiefer, nach v. N.s Meinung „Gumma", äufserten. Die Autopsien ergaben namentlich cirrhotische Veränderungen an Leber und Milz und Endarteriitis und im letzten Falle eine intensive sulzige Leptomeningitis spinalis nebst Endarteriitis obliterans an verschiedenen Stellen.

Syphilidologische Aphorismen und Probleme, von M. v. NIESSEN. Abgesehen von einer Polemik gegen NEISSER und LESSER, zu welcher Verfasser sich durch die Nichtanerkennung seiner Publikationen veranlafst sieht, enthält dieser Aufsatz eine

Reihe von Behauptungen und Theorien, welche allen gegenwärtigen Anschauungen direkt entgegenstehen. Dazu gehören seine Bemerkungen über die vielfache Übereinstimmung zwischen Tuberkelbacillen, Gonokokken und den v. N.schen Syphilisbacillen, über den Pleomorphismus derselben, über die Eigenschaft derselben im Frühjahr eine besondere Wachstumsfähigkeit zu entwickeln u. s. w.

Die Syphilishygiene vor dem Forum der Justiz und der Moral, von M. v. Niessen. Mit großsem Eifer tritt Verfasser für die obligate Anzeigepflicht für alle Syphilisfälle seitens des Arztes, sowie für die Bekämpfung der weiteren Ausbreitung des Leidens durch geeignete Belehrung der jungen Leute und andere Maßsregeln ein. Namentlich auch fordert er, daß durch Benachrichtigung der Standesämter es dem syphilitisch Infizierten unmöglich gemacht werde, die Unwissenheit der anderen Partei zur Schließsung einer Ehe und somit zur Fortpflanzung des Übels zu benutzen. Ferner verlangt er unentgeltliche Behandlung im Krankenhaus für Unbemittelte und unterschiedslose Gewährung aller Vorteile der Krankenversichung, Beseitigung der Bordelle und Verbot der gewerbsmäßsigen Prostitution für jede einmal infizierte Puella publica, Gründung staatlicher und kommunaler Zentralen zum fachmännischen Studium der Krankheit und internationale Föderation zur Schaffung legislatorischer Prohibitivmaßsregeln und wissenschaftlicher Erforschung der Syphilis unter Hinzuziehung von Delegierten des weiblichen Geschlechts.

Notiz. Mit diesem Doppelhefte stellt v. N. das Erscheinen der *Beiträge zur Syphilisforschung* vorläufig ein. Wenn man auch das redliche Bemühen des Verfassers, etwas zur Förderung unserer Kenntnisse und zur Bekämpfung dieses sozialen Übels beizutragen, gern anerkennen wird, so kann man andererseits seinen Behauptungen und Entdeckungen noch absolut keine volle Beweiskraft zusprechen und den mehrfach persönlichen, aggressiven Ton des „verkannten Genies", den er manchmal anschlägt, nur verurteilen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Dermatologisches Centralblatt.

VI. Jahrg. No. 1.

Über Urethritis petrificans und Steine der Harnröhre, von J. J. Karvonen. Verfasser berichtet über einen Fall von Wandversteinerung der Urethra bei einem Studenten nach einer langdauernden Blennorrhoe, bei der sich am Bulbus eine geringfügige Striktur gebildet hatte. Hinter dieser fanden sich feste Konkrementeinlagerungen in der Schleimhaut, sich als weiße, nicht prominente Flecken markierend. An zwei Stellen waren längliche Einrisse vorhanden, aus denen Konkrementsplitter hervordrangen. Alle Einlagerungen wurden entfernt, wobei die sie überziehende Schleimhaut zerstört werden mußte. Die Konkremente bestanden aus phosphorsaurem Calcium, dem nur Spuren von kohlensaurem Calcium beigemengt waren. Es handelt sich hier also um Ablagerung von Kalksalzen in dem Gewebe (Petrifikation), nicht um Abscheidung von Salzen aus dem Harn. Als Ursache dieser herdweisen Verkalkung muß hier die blennorrhoische Entzündung der Harnröhre angesehen werden, die vielleicht durch scharfe Injektionen gesteigert wurde. Jedenfalls spielt aber dabei auch hereditäre Disposition zu Kalkablagerungen mit. Der Penis bildet übrigens bekanntlich auch sonst nicht selten den Sitz von Verknöcherungen. Diese Urethritis petrificans ist zu unterscheiden von der Urethritis incrustans, die entsteht durch Ablagerung von mineralischen Bestandteilen des Harns auf der Schleimhaut. Einen hergehörigen Fall berichtet Verfasser. Hier findet man in den Konkrementen auch stets viel Harnsäure. Diese Affektionen sind ganz zu trennen von den bekannten Urethralsteinen.

Zu einer Prophylaxe der Tabes und Paralyse (und vielleicht syphilitischer Nachkrankheiten überhaupt), von PAUL COHN. Die Prophylaxe der Infektion überhaupt wäre nach Verfasser hauptsächlich durch Hg-Inunktionen des Penis nach jedem sexuellen Verkehr zu bewirken. Bei manifestem Primäraffekt würde die Coupierung durch Injektion von Hg-Lösungen in die Umgebung desselben zu erstreben sein. Rezidive und Nachkrankheiten, bewirkt durch Toxinaccumulation im Körper wären zu verhüten durch periodisch wiederholte Aderlässe. Diese sollten obligatorisch in die Nachbehandlung aufgenommen werden. (Mag es Verfasser erst einmal selbst jahrelang an seinen Patienten probieren, wenn diese so lange bei ihm aushalten. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatsberichte für Urologie.

Band VII, Heft 10.

Ist die Gefrierpunktbestimmung des Blutes ein ausschlaggebendes Hilfsmittel für die Nierenchirurgie, von F. STOCKMANN. Bei einem schwer kranken Patienten schwankt die Diagnose zwischen Stein in der rechten Niere oder Blase, oder Tuberkulose. Die Cryoskopie ergibt normalen Befund. Die Sectio alta bringt keine Erleichterung. Unter Erscheinungen der Anurie geht Patient, bevor die beabsichtigte Nephrotomie gemacht wird, zu Grunde. Die Sektion ergibt eine hochgradig tuberkulöse linke Niere; die rechte fehlt ganz. Der Befund steht in scharfem Kontrast zum Ergebnis der Gefrierpunktbestimmung.

Über den Einfluſs der Blennorrhoe auf das Nervensystem, von J. F. SELENEW. Die Wirkung des Gonokokkentoxins macht sich auch klinisch bemerkbar. Es gibt Sensibilitätsstörungen verschiedener Art, Hyper-, An- und Parästhesien. Kopfschmerzen, Schwindel, Augenflimmern hat Verfasser bei Blennorrhoikern oft beobachtet. Demnächst findet man häufiger Schmerzen in des Regio lumbalis und dorsalis; dieselben können schon acht Tage nach Beginn der Blennorrhoe sich einstellen. Seltener sind Schmerzen in den oberen Extremitäten. Sensibilitätsstörungen in Harnröhre und Harnblase bleiben oft nach der Blennorrhoe zurück, ebenso Cystospasmus, Urethrospasmus. Neuralgien in der Regio inguinalis, in den Hoden sind häufig. Verfasser führt diese Störungen auf zentrale Vorgänge zurück. Vasomotorische und sekretorische Anomalien kommen vor: Dermographismus, Veränderungen der Schweiſssekretion. Einmal sah Verfasser nach vorausgegangener Orcho-Epididymitis Hodenatrophie in kürzester Frist eintreten. Sehr gestört sind die Hautreflexe. Im Beginn der akuten Blennorrhoe sind Abdominal- und Kremasterreflex gesteigert. Bei Urethritis posterior, bei Affektion der ganzen Urethra, bei subakuter und chronischer Blennorrhoe sind die Reflexe herabgesetzt oder fehlen ganz. Anomalien der Sehnenreflexe sind beobachtet. Die Symptomatologie der cerebrospinalen Nervenerkrankungen blennorrhoischen Ursprungs ergibt alle Abstufungen von einfacher Hyperämie bis zur Meningomyelitis. BURNE beschreibt chronische Erkrankungen mit diffuser, progressiver oder auf die unteren Extremitäten beschränkter Muskelatrophie, ferner Paraplegie mit oder ohne Beteiligung der Sphinkteren. Verfasser glaubt sogar, daſs die Blennorrhoe auch Tabes bewirken kann. Eine blennorrhoische Affektion der Gelenke braucht nicht vorhanden zu sein. Eingehend berichtet Verfasser über einen Fall von cerebrospinaler Meningomyelitis, die 19 Tage nach Auftreten der Blennorrhoe einsetzte. Der Fall verlief ohne Gelenkbeteiligung günstig; die Besserung ging derjenigen der Blennorrhoe parallel. Symptome waren: Dermographismus; paretischer Zustand der Hautgefäſse am Abdomen und unteren Extremitäten; Pigmentflecke in der Lumbalgegend; Störungen des Tastsinns, der Schmerzempfindung, der thermischen Sensibilität, der Hautreflexe;

chronische Muskelkrämpfe; Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit; Harnstörungen (Retention, dann Inkontinenz); Polyurie; Obstipatio; beschleunigte Herzthätigkeit. Daran schliefst Verfasser zwei Fälle von genitaler cerebrospinaler Neurasthenie. Die bei Blennorrhoe auftretenden Nervenstörungen sind nicht lediglich Reflexe, sondern auch materielle Alterationen der Nervensubstanz, bedingt wahrscheinlich durch Gonotoxine. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Von Prof. K. Dohi und Dr. T. Okamura.

(Tokio 1901 Asakaya.)

Eine Zeitschrift für Dermatologie und Urologie ist jetzt auch in Japan erschienen. Die Inhaltsangabe ist in deutscher Schrift, der Text in japanischer gehalten, und erscheinen jährlich 5—6 Hefte, welche einen Band bilden. Der Preis des Bandes beträgt 3 Yen (6 Mark). Das erste und zweite Heft, welches im März 1901 erschien, enthält an Originalarbeiten:

1. Den ersten Teil einer Arbeit von Okamura: **Zur Kenntnis der systematisierten Nävi.**

2. **Über die Lepra in Japan,** von Dohi. Daraus geht hervor, dafs die Lepra schon seit dem Altertum in Japan und China bekannt war, und dafs sich noch manche Schriften über dieselbe aus alter Zeit vorfinden. Im allgemeinen ist jetzt die tuberöse Form seltener als die Nervenlepra. Therapeutisch verwendet D. Oleum Gynocardiae, Oleum olivar. ꟸ zur intramuskulären Injektion mit günstigem Erfolge gegen Knotenlepra, während gegen Lepra nervorum Injektionen von 2—6 % Sublimatlösung als chronisch intermittierende Kur besseren Erfolg versprechen.

3. **Über die Antipyrinexantheme,** von Yamada. (Nichts neues.)

4. **Über die Verwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie,** von Okamura.

Verfasser will inhaltlich nichts Neues bieten, beschränkt sich vielmehr darauf, einerseits die bisher erschienene Literatur zusammenzufassen, andererseits den Gebrauch und die Wirkung der Röntgenstrahlen zu erörtern und endlich diejenigen Hautkrankheiten aufzuzählen, welche bisher damit behandelt wurden. Trotz des grofsen Erfolges läfst sich dennoch nicht bestreiten, dafs die Wirkung zuweilen bei unvorsichtiger Behandlung eine schädliche war, und dafs der medizinischen Wissenschaft daher ein Feld eröffnet ist, auf dem sie sich mit grofser Vorsicht zu bewegen hat.

Die den Arbeiten beigegebenen Bilder stehen noch nicht auf der Höhe der modernen Technik, bedeuten aber immerhin einen beachtenswerten Anfang, wie überhaupt die neue Zeitschrift das lebhafte Interesse aller Fachkollegen erregen wird. Möge sich das neue Unternehmen kraftvoll entwickeln. *Bernhard Schulze-Kiel.*

American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases.

1902. Heft 5.

1. **Über syphilitische Erkrankungen der Gehirnarterien,** von F. C. Goldsborough-Baltimore. Heubner war der erste, welcher auf die luetischen Erkrankungen der Hirnarterien hinwies. Das Auftreten bei jungen Individuen und bei Personen, welche sonst keinerlei Zeichen von allgemeiner Arteriosklerose aufweisen, der akute Verlauf der Erkrankung und die deutlich umschriebene Verdickung der Gefäfswand, welche oft zu Obliteration führen, unterscheiden die spezifische Entzündung der Hirn-

arterien von andersartigen. Die Entzündung ist eine knotige von gummösem Charakter. In spätesten Stadien tritt möglicherweise Verkäsung hinzu. HEUBNER glaubt, dafs die Verdickung ursprünglich auf einer Proliferation der Endothelzellen mit Bildung einer Menge von Spindelzellen beruht und dafs erst später die äufseren Gefäfslagen erkranken. BAUMGARTEN verlegt den Ursprung des Prozesses in die Adventitia. KOESTER bestreitet direkt die Entstehung desselben in der Intima. Neuerdings betont JUNZO NAGANO in *Virchows Archiv*, dafs zuerst nur die Adventitia erkrankt, und diese auf jeden Fall. Wo die Intima ebenfalls affiziert sei, bestehe auch stets eine Affektion der Adventitia. Umgekehrt brauche aber bei Läsion der Adventitia die Intima nicht krank zu sein. Sei dies doch der Fall, so müsse man annehmen, dafs es sich stets um sekundäre Vorgänge handele. Nach OPPENHEIM können die drei Lagen der Arterien unabhängig von einander erkranken. Im weiteren Verlauf der Abhandlung citiert der Verfasser die klinische Geschichte eines Falles von Arteriitis specifica bei einer 30jährigen Negerin. Die Kranke, welche durchgemachte Lues leugnete, auch sonst keine Zeichen davon aufwies, litt seit 1½ Jahren an Kopfschmerzen, die anfallsweise auftraten und zuweilen bis zu einer Woche anhielten. Neuerdings gesellten sich dazu Augenschwäche und geistige Abspannung. Der Befund ergab: Ptosis des rechten Lides, Sehnervenatrophie, Reflexsteigerungen, Steifheit der Arme und des Nackens. Etwas Eiweifs im Urin, keine Cylinder. Tod im Koma. Die Autopsie ergab spezifische Erkrankung der Gehirnarterien: gummöse Verdickungen der Gefäfswand. Die Veränderungen sind in der Adventitia am meisten fortgeschritten. Die Gehirnsubstanz war durchweg normal. Hirnhäute und Substanz der centralen Nervenstämme nur gering verändert. Der Nervus opticus zeigte starke Infiltration mit kleinen, runden Zellen. Die Masse dieser Infiltration zeigte sich als zusammenhängend mit dem die Carotis interna besonders dicht umgebenden Infiltrationsgewebe.

2. **Sechs Jahre in einer dermatologischen Klinik. Bericht mit Bemerkungen über die Behandlung der alltäglichen Hautkrankheiten,** von E. A. FISHKIN-Chicago. Der Verfasser berichtet über die dermatologischen Fälle, welche von 1896 bis 1901 an der jüdischen freien Poliklinik zu Chicago vorgekommen beziehentlich von Interesse sind. Die jüdische Bevölkerung, welche im sogenannten Ghetto von Chicago wohnt, lebt in den allerschlimmsten hygienischen Bedingungen, die man sich denken kann. Infolgedessen herrschen unter ihr viele Hautkrankheiten. Die meisten der beobachteten Fälle betrafen infektiöse und parasitäre Dermatosen. Scabies betrug 8½% aller Fälle. Gegenüber den Statistiken der Amerikanischen Dermatologischen Gesellschaft ergibt des Verfassers Statistik nur 0,9% Syphilis. Bei der ersteren betrug der Prozentsatz 11,8 (Wirkung der Beschneidung? D. Ref.). Unter den 21 Fällen von acquirierter Syphilis befanden sich 3 Kinder von 8, 11 und 14 Jahren. Im ganzen registriert der Verfasser 2535 Krankheitsfälle. Auffällig ist die geringe Zahl von 21 Fällen acquirierter Lues. FISHKIN hält das Ekzem für eine parasitäre Dermatose, welche durch schwach virulente Mikroorganismen und deren Toxine erzeugt wird. Ein Specificum gegen Ekzem gibt es nicht, weder ein örtliches noch ein internes. Das Ekzem stellt unter den beobachteten Fällen 29,75% dar. 40% aller Kinder unter 5 Jahren litten an Ekzem. Hierbei fafst der Verfasser auch die Seborrhoe unter obigen Begriff. Psoriasis wurde im Frühling und Winter doppelt so häufig beobachtet als im Sommer und Herbst. Arsen ist kein sicheres Hilfsmittel gegen Schuppenflechte. Man gebe es nie im Beginn und nie länger als 2 Wochen, sofern dann eine Besserung ausbleibt. Sobald die Efflorescenzen noch in der Evolution sind und erhabene hyperämische Basis aufweisen, vermeidet der Verfasser kräftige Mittel und beschränkt sich auf Schwefel und Salicylsäure. Impetigo contagiosa wurde 236 mal beobachtet; hierunter sind Impetigo simplex, contagiosa und alle Ecthyma

formen registriert. Erweichung und Reinigung erzielte der Verfasser bei all diesen Prozessen durch essigsaure Thonerde-Umschläge, welche später von einer Zink-Schwefelpaste abgelöst wurden. Nur bei ganz dicken Krustenlagen erweiche man dieselben mit 3%igem Karbolöl, seife dann gründlich ab und gehe dann erst zu Umschlägen von Alumen aceticum über. Zerstreute Pusteln betupfe man mit Wattebäuschchen, die in einer Lösung von Karbolsäure und Jodtinktur zu gleichen Teilen angefeuchtet sind. Darüber gebe man LASSARsche Paste. Dies Verfahren wirkt quasi abortiv.

3. **Tonsillenschanker**, von WILLIAM CHEATHAM. Der Verfasser hatte Gelegenheit, binnen $1^1/_2$ Jahren 12 Fälle von Schanker der Tonsillen zu Gesicht zu bekommen. Er hält diese Lokalisation von Sklerosen überhaupt nicht für so selten. In BULKLEYS „Syphilis insontium" entfallen auf 9058 Fälle von Lues 307 Fälle auf Tonsillenschanker. Das macht etwa $3^1/_2$% aller Fälle aus. Auch nach HYLES „Halskrankheiten" nehmen Mandel- und Rachenschanker die zweite Stelle nach den genitalen Sklerosen ein. Nach BULKLEY betrifft die Lues insontium am häufigsten die Lippen. Die Submaxillar- und Cervicaldrüsen waren fast stets stark geschwollen. Was die Behandlung betrifft, so rät der Verfasser zu Lapispinselungen, Spülungen mit Sublimatlösung und Gurgelung mit Wasserstoffsuperoxydlösungen. Quecksilbereinreibungen gibt er erst beim Eintritt sekundärer Symptome. In einem Falle zeigte sich eine Sklerose auf beiden Tonsillen.

4. **Hauterscheinungen bei Allgemeinerkrankungen**, von GEO. G. MELVIN-St. John. Keinerlei neue Gesichtspunkte.

5. **Radiotherapie der Prostata**, von HEBER ROBARTS-St. Louis. Der Verfasser bespricht die guten Erfolge, welche er mit radiographischer Behandlung vergrößerter Vorsteherdrüsen erzielt hat. Er setzt den Kranken auf einen Tisch, welcher eine Bleiplatte trägt. In letzterer ist nur eine sagittale Spalte von einiger Länge. Die strahlende Röhre wird unter dem Sitz des Patienten angebracht. Letzterer selbst muſs so weit vorgesetzt werden, daſs der Bulbus urethrae gedeckt ist. ROBARTS benutzt weiche Röhren und ist mit den Erfolgen der Radiotherapie, welche zu schneller Rückbildung der hypertrophischen Drüsenpartien führt, recht zufrieden.

6. **Psoriasis**, von S. C. MARTIN-St. Louis. Der Verfasser wendet sich gegen die landläufige Ansicht, die Schuppenflechte in dem Sinne eine unheilbare Krankheit zu nennen, daſs man wohl die Erscheinungen auf der Haut beseitigen, aber ihr späteres Wiederauftreten nicht verhindern könne. Es müsse nur eine entsprechende diätetisch-hygienische Änderung der Lebensweise des Kranken eintreten, um der Disposition zu neuen Manifestationen der Dermatose den Boden zu entziehen. Gehe doch manche Psoriasis lediglich auf derartige Maſsnahmen hin spurlos zurück, ohne daſs man zu Arsen oder örtlichen Mitteln zu greifen brauche. MARTIN wendet sich auch gegen den Gebrauch, die Diagnose Psoriasis zu verwerfen, sobald nicht Knie und Ellbogen mit affiziert sind. Als wichtigstes internes Mittel bezeichnet er Arsenik und vergleicht seine Wirkung mit der des Chinins bei Malaria. Er wendet es auch im Stadium der Evolution an, gibt aber dabei stets Diuretica und Purgantien. Lokal verwendet er mit Vorliebe eine Chrysarobinresorcinzinkpaste:

Chrysarobin	0,12—0,18
Resorcin	0,20
Zinc. oxydat.	3,75
Vaselin	ad. 30,00

M. D. Salbe.

Für die Psoriasis des Kopfes empfiehlt der Verfasser eine Salbe von Merkurammoniak.

7. **Organische Verengerungen der Harnröhre des Mannes,** von E. G. Mark-Kansas-City. Der Verfasser resumiert wie folgt: Organische Strikturen der Urethra vermögen die traurigsten Folgezustände, nicht nur örtlicher, sondern auch konstitutioneller Natur nach sich zu ziehen. Die meisten Verengerungen, zu deren Operation man schreiten mufs, sind reizbar, rebellisch, rezidivierend und von fibrösem Charakter. Dilatation allein führt hier nicht zum Ziele, sondern Urethrotomie ist erforderlich. Man kann an Heilung glauben, wenn man 6 Monate nach Beendigung der Kur eine weiche Sonde von der Stärke der normalen Harnröhre glatt einführen kann.

8. **Die Behandlung der Tripperinfektion des Uterus,** von Adolf Savor-Wien. Im akuten Stadium sind Bettruhe, Eisblase oder Leiterscher Kühler auf dem Leib und bei Schmerzen Morphium, subcutan oder in Stuhlzäpfchen, angebracht. Daneben spüle man die Vagina vorsichtig antiseptisch aus. Lokale Behandlung beginne erst nach Schwinden aller entzündlichen Erscheinungen im Parametrium und wenn der Uterus auf Druck nicht mehr empfindlich erscheint. Man beginne mit Dilatationen der Cervix und des Os interum, um dem Abflufs leichten Ausweg zu schaffen und therapeutische Applikation ins Innere der Gebärmutter zu ermöglichen. Am besten benutzt man Laminaria. Die Dauer des Liegens der Stifte beläuft sich auf 12—14 Stunden. Folgt darauf erneuter Schmerz oder neues Fieber, so beweist es nur, dafs der Fall zur örtlichen Behandlung noch nicht reif ist. Die nächste Aufgabe ist Abtötung der Gonokokken und Verkleinerung des Uterus auf seine normale Gröfse. Man kauterisiere die innere Wand mit einem 50%igen Karbolsäurspiritus oder 20%iger Chlorzinklösung. Bessere Dienste tut noch das Protargol, das in die Tiefe dringt und nicht verschorft. 2—3 mal wöchentlich behandle man den Uterus mittels Playfair oder Sänger mit 10%iger Protargollösung. Man lasse den Tampon 10 Minuten lang mit der Schleimhaut in Berührung. Danach führe man einen Tampon mit 10%iger Ichthyollösung in die Scheide ein und lasse ihn dort 12 Stunden liegen. Danach spüle die Kranke zweimal täglich mit einem Desinficiens bis zur nächsten Protargolapplikation. Letztere darf nur nach dem Schwinden der entstandenen Schmerzen vorgenommen werden. Solange diese anhalten, ist der Patientin Bettruhe vorzuschreiben. Bei rebellischen uterinen Ausflüssen ersetzt man das Protargol durch Jodtinktur. Diese Applikation darf höchstens einmal in der Woche vorgenommen werden. Schliefslich lasse man noch in solchen Fällen das Protargol nachfolgen.

Heft No. 6. 1902.

1. **Differentialdiagnostik zwischen Spermatorrhoe und Pollutionen,** von F. R. Sturgis-New York. Die Spermatorrhoe ist eine Krankheit sui generis, welche nichts mit den Pollutionen zu tun hat. Der Abgang von Samen erfolgt bei körperlichen Anstrengungen, wie sie mit Husten, Niesen, Defäzieren, mit den Miktionen und Heben von Lasten verbunden sind. Mit dem Abgang, welcher unter Brennen erfolgt, stellt sich eine psychische und körperliche Depression ein, welche eine Viertelstunde bis 3 Stunden anhalten kann. Danach tritt wieder völliges Wohlbefinden ein. Bei der Pollution von habituellem Charakter bedarf es keiner Anstrengung der Bauchmuskulatur, dieselbe erfolgte passiv, dem Patienten fast unbemerkt. In vorgeschrittenen Fällen ist der Samenverlust fast konstant, die Urethra des Kranken ist empfindlich, wie wund. Wollustgefühl ist kaum vorhanden. Bei Spermatorrhoe erfolgt die Ausstofsung der Samenflüssigkeit bei der terminalen Kontraktion der Blase, bei Pollutionen fehlt diese nötige Muskelkraft und der Abgang tropft mit dem restierenden Harn ab. Der Kranke mit Spermatorrhoe ist im Gegensatz zu dem an Pollutionen Leidenden nicht neurasthenisch. Spermatorrhoe führt gewöhnlich nicht zu Impotenz, wohl aber führen viel eher die Pollutionen dazu.

2. Diagnose und therapeutischer Wert des Ureterenkatheterismus, von Louis Gross-San Francisco. Der Ureterenkatheterismus hat in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht folgenden Wert. Er gestattet die Erkennung, ob Blase oder Niere den Sitz des Leidens bilden und welche Niere krank ist; ferner ergibt er die funktionelle Kapazität jeder Niere, Anwesenheit und Sitz von Harnleiter-, Nierenbecken- und Nierensteinen, von Harnleiterstrikturen und deren Sitz, von Ureterenfisteln und von Pyureter. Mittels des Harnleiterkatheterismus vermag man ferner differentialdiagnostisch wichtige Erkrankungen der Nierenumgebung zu entdecken, manchmal die Tuberkulose der Niere zu entdecken und Pyelitis, Pyelonephritis, Pyonephrose, Ren permobile und Nierentumoren zu diagnostizieren. Was die Therapie betrifft, so vermag man mittels Harnleiterkatheterismus die Pyelitis und gewisse Fälle von Pyonephrose und Hydronephrose zur Heilung zu bringen, Verengerungen der Harnleiter zu erweitern, kleine Ureterensteine zu dislozieren, Nierendrainagen bei Taschenbildungen und nach Nephrotomie einzuleiten, bei manchen vorzunehmenden Operationen den Ureter zu schützen und zu stützen, sowie Nierenfisteln zu verhüten und zu heilen.

3. Technik und Möglichkeiten endovesikaler operativer Eingriffe, von Louis E. Schmidt-Chicago. Der Verfasser bespricht die mit den Operationscystoskopen von Nitze, Caspar und Kolischer vornehmbaren endovesikalen Eingriffe operativer Art. Er benutzt am liebsten das letztere Instrument. Im übrigen nichts Neues.

4. Bemerkungen über die spontane Fraktur und Ausstofsung von Harnsteinen, von Reginald Harrison-London. Verfasser beschreibt den Fall eines 70jährigen Herrn, der an Prostatahypertrophie und Blasensteinen litt. Eingriffe irgend welcher Art in die Blase liefs er nie an sich vornehmen. Er bekam vom Arzte Boraxspat (Magnesiumborax) zusammen mit Citronensäure und Zucker in Wasser aufgelöst (nach Kohlers Vorgang) zum Trinken. Dieses Salz soll eine lösende Wirkung auf Steine und einen diuretischen Einflufs besitzen. Zwei Jahre später urinierte der Kranke, mit dem seit jener Zeit nichts vorgenommen worden war, Steinfragmente aus. Der Vorgang, zwar zuweilen schmerzhaft, ging unter leichten Blutungen, aber immer glatt von statten. Die Fragmente, 60 g schwer, bestehen aus Harnsäure mit zum Teil phosphorsauren Niederschlägen auf den Harnsäurekonkrementen. An Form gleichen die Bruchstücke ganz denen, welche die Lithotripsie liefert.

5. Ätiologie, Physiologie, Pathologie, Symptomatologie und Behandlung von Alkoholismus und venerischen Krankheiten, von George J. Bluhm-San Francisco. Die Abhandlung bietet nichts Neues und Bemerkenswertes.

6. Radiographie zur Enthaarung, von Heber Robarts-St. Louis. Zur Enthaarung bei Hypertrichosis im Gesicht rät der Verfasser 10 Tage hintereinander Bestrahlungen aus 10 Zoll Entfernung, dann beginnen die Haare auszufallen. Hierauf bestrahle man 12 Tage lang aus 12 Zoll Distanz, hiernach 8 Tage lang mit 14 Zoll Abstand der Röhre von der behaarten Hautregion. Dieser Turnus mufs möglicherweise noch ein-, ja zweimal wiederholt werden, um dauernde Resultate zu erzielen. Stets müssen mindestens 2 Monate Ruhe dazwischen liegen.

7. Sarkom des Hodens und der Niere, von Henry Jacobson-St. Louis. Von allen Nierentumoren sind die Sarkome die häufigsten. Sie treten primär in den Nieren oder Hoden auf. Die Nierensarkome sind nach Henry Morris meist sekundäre. Bei 2610 Obduktionen fand er von 30 Nieren-Sarkomen und -Carcinomen 25 als sekundäre und nur 5 als primäre. Kalkbildungen pflegen den initiativen Reiz zur Geschwulstbildung meistenteils abzugeben. Morris fand bei mehreren Nierensarkomen Konkre-

mente vor. Die primären Nierensarkome sind nach ihm meist unilateral, die sekundären bilateral. GUERRET referiert über 848 Sarkome. Darunter fanden sich 45 mal die Hoden befallen. Bei KOBER unter 114 Fällen 8 mal die Hoden.

8. **Klinische Bemerkungen über Ekzem im Kindesalter,** von A. RAVOGLI-Cincinnati. Nichts Bemerkenswertes zu berichten. *Hopf-Dresden.*

Annales de Dermatology et de Syphiligraphie.

1902. Heft 10.

Das idiopathische multiple Hautgangrän, von CARLE-Lyon. HALLOPEAU und DAMANY waren die Ersten, die im Jahre 1895 diese neue Dermatose beschrieben. Seitdem haben sich die Veröffentlichungen darüber, namentlich in Deutschland und Frankreich, gehäuft. Verfasser teilt einen weiteren einschlägigen Fall mit, der sich in seinem Verlauf durch nichts Besonderes auszeichnet. Er knüpft daran aber eine Schilderung des klinischen Verlaufs dieser besonderen multiplen Hautgangrän, wie sie nach den bisher bekannt gewordenen Fällen sich darstellt.

Danach geht der ersten Erkrankung häufig eine geringe Hautverletzung vorauf. Zuweilen werden die Hautsymptome durch Fieber, Kopfschmerzen und ähnliche Erscheinungen eingeleitet. Die Gangrän beginnt immer mit einem kleinen, ganz schmerzlosen Knoten an einer beliebigen Hautstelle. Der oder die Hautknoten verursachen auch im ganzen weiteren Verlauf niemals Schmerzen, Jucken oder Brennen. Diese Vesikeln, Papeln oder Pusteln können sich nun bei dem nämlichen Individuum während des nämlichen Anfalls in dreifacher Weise entwickeln: 1. Es bildet sich eine leichte, psoriasisartige Kruste, die bald abfällt und einen roten, durch Monate bestehenden Fleck hinterlassen kann. 2. Das primäre Element gewinnt an Ausdehnung, erodiert und infiltriert sich und bedeckt sich mit einer dicken, festhaftenden Kruste, unter der ein tiefes, eiterndes Geschwür entsteht. Dieses heilt bei richtiger Behandlung schnell aus unter Hinterlassung einer rotgefärbten Narbe oder Infiltration. 3. Das primäre Element wird sofort gangränös; die schwarze Kruste stöfst sich bald ab und entblöfst ein tiefes, mit stinkendem Eiter bedecktes Geschwür. Auch hier ist eine rasche Abheilung zu erreichen; die zurückbleibende Narbe ist atrophisch und behält eine gelbliche oder bläuliche Färbung. Diese multiple, idiopathische Hautgangrän verläuft in Anfällen und ist äufserst chronisch, bedroht aber weder Leben noch Gesundheit. Kein Körperteil ist bevorzugt, und gewöhnlich bleibt auch keiner verschont, so dafs nach Ablauf einiger Zeit in der Regel die Haut überall mit Narben und Flecken bedeckt ist.

Als Erreger der Dermatose wird irgend ein Bacillus angenommen, obschon der Befund erst in drei Fällen positiv war, d. h. dreimal je ein anderer Bacillus gefunden wurde. — Die Behandlung ist eine rein symptomatische.

Über eine Hautschwiele am Malleolus internus bei den Frauen, von BELOT-Paris. B. hat in sieben Fällen bei jungen Mädchen als Nebenbefund eine kleine Hautschwiele von dunkelgrauer bis brauner Färbung beobachtet, die niemals weitere Belästigungen verursachte und bei längerer Ruhe von selbst wieder schwand. Sie safs regelmäfsig an der hinteren Fläche des Malleolus internus. Ihr Zustandekommen erklärt sich B. auf mechanischem Wege, indem beim Gehen die Knöchel aneinander reiben und stofsen. Bedingung zum Entstehen dieser Schwiele sei also vieles Gehen und das Tragen von knöchelfreien Schuhen. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1902. Heft 10.

1. **Einige Einzelheiten bezüglich der mikroskopischen Beschaffenheit der Prostata und der Blase der Greise,** von G. A. Zastreboff - Petersburg. Nach Guyon und Motz werden die Harnbeschwerden der Greise in erster Linie durch eine Schwäche der Blase und weiterhin durch Kongestionszustände in den Harnwegen verursacht. Der Verfasser, der diese Theorie für höchst beachtenswert hält, wirft nun die Frage auf: worin besteht anatomisch diese Schwäche der Blase bei den Greisen, und gibt es im Harnapparat der Greise mikroskopisch nachweisbare Veränderungen, die zum Auftreten von Kongestionen prädisponieren? Um diese Frage zu entscheiden, hat J. die Vorsteherdrüse von 40 mehr als 50 Jahre alten Personen mikroskopisch untersucht; bei 11 von diesen 40 waren während des Lebens Harnbeschwerden, insbesondere häufiger Harndrang und vorübergehende Harnretentionen aufgetreten. Bei den Untersuchungen wurde insbesondere auch auf das Verhalten der elastischen Fasern geachtet; denn diese haben anscheinend die physiologische Aufgabe, die im Innern des Gewebes befindlichen Kapillaren gegen den Druck durch dieses Gewebe zu schützen, andererseits die starke Dilatation der Kapillaren bei Steigerung des Blutdruckes zu verhindern und so zur Regulierung der Blutzirkulation beizutragen. Das Ergebnis seiner mikroskopischen Untersuchungen faſst J. in folgenden Schluſssätzen zusammen:

1. Die mikroskopische Struktur der Prostata der Greise weist sehr groſse Verschiedenheiten auf; es ist absolut unmöglich, einen allgemeinen Typus dieser Struktur darzustellen. Diese Tatsache steht in Widerspruch mit den Angaben der verschiedenen Autoren, welche die mikroskopische Beschaffenheit der Prostata der Greise beschrieben haben. Die angestellten Untersuchungen haben als grundlegenden Befund nur das eine ergeben, daſs in einer groſsen Zahl von Fällen eine reichliche Entwickelung des intermediären Gewebes, und zwar hauptsächlich des Bindegewebes, zu beobachten ist; diese Zunahme des intermediären Gewebes geht auf Kosten des Drüsengewebes vor sich.

2. Bei allen Untersuchungen wurde eine beträchtliche Verminderung und Degeneration oder selbst vollständiges Verschwinden der elastischen Fasern konstatiert. Zu erklären ist diese Tatsache möglicherweise durch das Auftreten häufig sich wiederholender, symptomlos verlaufender, subakuter pathologischer Prozesse, welche durch oftmalige, von sexuellen Reizungen ausgelöste Kongestionen verursacht werden.

3. Das Verschwinden der elastischen Fasern im Bindegewebe der Prostata der Greise zusammen mit der Dilatation der im Drüsenparenchym gelegenen Venen begünstigt das Auftreten der Kongestionen, welche die Volumenvergröſserung der Prostata begleiten; dadurch werden die Hindernisse, die sich der Urinentleerung entgegenstellen, vergröſsert.

4. Die bei der Dysurie der Greise bestehende ursprüngliche Schwäche der Blase beruht auf einer quantitativen Verminderung der anatomischen Grundelemente der Blasenwand, und zwar handelt es sich entweder um Atrophie und Verschwinden der muskulären Elemente oder um Degeneration der elastischen Fasern des intermediären Bindegewebes. Gleichzeitig beobachtet man eine Dilatation der in den Blasenwänden gelegenen Venen, wodurch die Kongestion der Blase begünstigt und ihre funktionelle Kraft noch mehr beeinträchtigt wird.

5. Diese beiden Prozesse, die Atrophie der Muskeln und das Verschwinden der elastischen Fasern im Bindegewebe der Blase schreiten gleichmäſsig miteinander fort; sie sind sicher als Alterserscheinungen aufzufassen.

6. Diese Veränderungen werden noch hochgradiger, wenn im höchsten Alter

eine chronische Affektion der Blase hinzutritt oder auch, verursacht durch wiederholte freiwillige oder unfreiwillige Harnverhaltungen, eine mehr oder weniger ausgesprochene Dilatation der Blase.

7. Länger dauernde wiederholte Harnverhaltungen haben, gleichviel wodurch sie bedingt sind, schliefslich eine aufserordentlich schädliche Rückwirkung auf die Funktionsfähigkeit der Blase, namentlich bei bejahrten Individuen, bei denen die regenerierende Fähigkeit der Gewebe beträchtlich vermindert ist.

2. **Die perineale Prostatektomie: Technik und Instrumentarium**, von Paul Delbet. Von allen zur Behandlung der Prostatahypertrophie vorgeschlagenen Operationsmethoden gibt D. der Prostatektomie, und zwar der perinealen Prostatektomie den Vorzug. Dieselbe ist indiziert, wenn die einfache Behandlung mit Katheter und Spülungen nicht möglich ist oder nicht zum Ziele führt; insbesondere, wenn eine erst seit kurzem bestehende Infektion der Blase jeder Behandlung widersteht, wenn eine hartnäckige, schmerzhafte Cystitis vorliegt, wenn die Katheterisierungen sehr häufig vorgenommen werden müssen oder wenn der Allgemeinzustand anfängt, sich zu verschlimmern. Vorbedingung für die Ausführung der Operation ist stets, dafs der Allgemeinzustand des Kranken ein noch befriedigender und widerstandsfähiger ist, und dafs die oberen Harnwege noch nicht schwer geschädigt sind.

D. führt die perineale Prostatektomie nach einer neuen Methode aus, die er selbst auf Grund eingehender Studien ausgebildet hat. Er verzichtet auf die absolut vollständige Entfernung der Prostata und läfst die Urethra geschlossen. Denn die Eröffnung der Harnröhre bringt grofse Nachteile, insbesondere die Gefahr der Inkontinenz mit sich, und die Vorteile, welche sie dem Operateur bietet, ersetzt D. durch die Verwendung eigens von ihm konstruierter Instrumente; diese sind in der vorliegenden Arbeit genau beschrieben und abgebildet. Eine kurze Beschreibung ohne Abbildungen würde die Instrumente und die Art ihrer Verwendung kaum verständlich erscheinen lassen; es mufs daher bezüglich des Instrumentariums und der Technik der Operation auf das Original verwiesen werden. *Göts-München.*

Annales de Therapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band II. No. 17—20.

Dermatosen des äufseren Ohres, von Magnan-Tours. (Nach der *Touraine médicale*. 1902. S. 52.) Es werden besprochen Ekzem, Herpes, Herpes zoster, Psoriasis, Pemphigus und Lupus. Bei chronischem Ekzem hat M. oft von der internen Darreichung von Strontium- und Lithion-Salicylat gute Wirkungen gesehen.

Die Frage von den merkuriellen Injektionen, von Ed. Desesquelle. Als Einleitung gibt D. hier einen historischen Überblick, beginnend mit Barkeley Hill (1856) Hebra (1860) und namentlich Scarenzio, welcher viel zur Popularisierung der Methode beitrug. (Fortsetzung folgt.)

Betreffs der Resolution Landouzy und Gaucher bei der zweiten Konferenz für sanitäre und moralische Prophylaxe gegen Syphilis und andere venerische Krankheiten. — Ist das gegenwärtige System der Kontrolle wirkungslos? von L. Butte-Paris. Dieser Antrag ging dahin, das bestehende System der Kontrolle der Prostituierten als wirkungslos zu beseitigen und andererseits das Infizieren anderer für ein strafbares Vergehen zu erklären. Letzteren Passus erklärt B. für eine Utopie und weist darauf hin, dafs die Polizeiorgane sich unfehlbar die gröfsten Mifsgriffe zu schulden kommen lassen würden. Die jetzigen Einrichtungen

hält er zwar nicht für vollkommen (was jeder bereitwilligst bestätigen wird), aber doch von grofsem Werte. Er berechnet, dafs auf diese Weise in der Zeit von 1859 bis 1901 nicht weniger als 35162 syphilitische Prostituierte im Pariser städtischen Krankenhaus behandelt und zum allerwenigsten für die Zeit der Krankenhausbehandlung für ihre Umgebung ungefährlich waren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bücherbesprechungen.

Medizinal-Kalender für 1903, herausgegeben von R. Wehmer. (Aug. Hirschwald, Berlin 1903.) Das Jahr neigt sich zu Ende! Wenn man dies nicht schon von sich selbst wüfste, so würde man durch das Erscheinen der Kalender für das neue Jahr darauf aufmerksam gemacht. Stets als erster erscheint auf unserer Redaktion unser liebgewordener Freund, der Wehmersche Medizinal-Kalender. Ich brauche wohl nur die Kollegen auf das Erscheinen desselben aufmerksam zu machen; ihm noch Empfehlungen mit auf den Weg zu geben, hiefse überflüssige Worte machen; dessen bedarf es bei einem derart akkreditierten Buche nicht mehr.

P. Taenzer-Bremen.

Die Entwickelung des Pigments, von G. Bohn-Paris. (G. Carré et C. Naud, Paris 1901.) Dieses kleine Buch gehört zu der von namhaften französischen Gelehrten herausgegebenen Serie „Scientia", bei welcher der Zweck verfolgt wird, verschiedene Materien im Lichte der neuesten Forschungen kritisch zu behandeln, um auch dem nicht spezialistisch auf dem betreffenden Gebiete arbeitenden Forscher in leicht zugängiger Form die Materialien, welche etwa in dessen Spezialgebiet übergreifen, zu bieten. Der Gedanke ist entschieden ein glücklicher, und wenn alle Nummern der Serie auf der gleichen Höhe stehen wie die vorliegende, so kann das Unternehmen als wohlgelungen bezeichnet werden. Vor allen Dingen ist das Werkchen übersichtlich und klar geschrieben, und gibt in gedrängter Kürze eine Übersicht der wesentlichsten neueren Arbeiten über das Wesen, Entstehung und Funktionen des Pigmentes im animalischen und pflanzlichen Organismus. Da das Buch an sich großenteils ein Referat darstellt, ist es zur Wiedergabe im Auszug nicht gut geeignet; es seien nur einige vom Verfasser als Schlufsfolgerungen zusammengestellte Hauptpunkte hier hervorgehoben: Pigmente sind die chemischen Produkte von den sogenannten pigmentären oder chromogenen Körperchen oder Granula. Diese Granula bieten in Bezug auf ihre Funktionen Ähnlichkeit mit Bakterien und vor allem mit den Kernkörperchen, den Plastidula, dar, denen man im Gegensatz zum Protoplasma, dem Plastidium, die Hauptrolle bei der Lebensthätigkeit zuschreiben mufs, denn ihnen kommt das Hauptkriterium der Lebensthätigkeit, das Assimilationsvermögen, zu. Ihrer chemischen Beschaffenheit nach kann man die Pigmente in drei Gruppen teilen: 1. Die Anilinfarben, welche man in Anbetracht ihres häufigen Vorkommens bei den Bakterien als Chromatinmassen für die ersten, die plastidulären Pigmente ansehen darf; 2. die Cipochrome, Pigmente der Kohlenwasserstoffverbindungen. Dieselben entstehen, wenigstens im Hühnerei durch die Tätigkeit der chromogenen Plastidula, welche aus den Kernen sich frei gemacht haben. Hierbei handelt es sich um Eiweifsverbindungen und um echt zelluläre Pigmente; 3. andere Pigmente sind Produkte des aufgelösten Chromatins z. B. Chlorophyll und Hämoglobin. Es ist die Einwirkung verschiedener chemischer Agentien, Gifte, nötig, um das chromogene Plastidulum zum Austritt aus dem Kern ins Protoplasma zu veranlassen. In den Zellen stellt das Auftreten der verschiedenen Pigmente einen Kampf ums Dasein und Überleben des

geeignetsten dar. Das Entstehen des Pigmentes ist aufzufassen als ein Verteidigungsmittel, d. h. als ein Mittel zur Erhaltung der chemischen Konstanz der lebenden Materie; das Pigment selbst dürfte trotz der Evolution der zellulären Lebewesen stets konstant geblieben sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Toxicodermien, von J. Jadassohn. (*Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts.* Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1902.) „Toxische Dermatosen werden hervorgerufen durch solche unorganische Stoffe, welche weder durch Lebewesen am Orte der Erkrankung produziert, noch durch Tiere unmittelbar in den Körper hineingebracht werden." Dieselben werden eingeteilt in:

1. Medikamentöse Dermatosen (drug eruptions), einschliefslich der durch Sera oder durch Bakterienprodukte erzeugten.

2. Durch „Vergiftung" entstandene Dermatosen; die Stoffe sind nicht zu Heilzwecken eingeführt oder medizinisch überhaupt nicht verwendet.

3. Durch externe Einwirkung entstandene Dermatosen, besonders die Gewerbedermatosen; hierher zählen auch die durch Simulanten erzeugten.

4. Die „alimentären" Dermatosen, hervorgerufen durch Nahrungs- und Genufsmittel.

5. Autotoxische Dermatosen.

Wichtig ist die Bedeutung der Individualität für alle in Rede stehenden Hautleiden, wobei man die „Überempfindlichkeit" trennen mufs von der „spezifischen Reaktionsfähigkeit" (Idiosynkrasie). Erstere kann eine allgemeine (empfindliche Haut) oder eine spezielle, auf einzelne Stoffe sich erstreckende sein. Die Idiosynkrasie betrifft meist nur einen Stoff oder eine Gruppe verwandter Stoffe. Die spezifische Empfindlichkeit der Haut kann durch chemische Umstimmungen des Organismus gesteigert werden: Abnorme Vorgänge im Organismus schaffen die Disposition für die Dermatosen. Die Reaktion kann an den verschiedenen Teilen der Körperoberfläche eine verschiedene sein; es gibt lokalisierte Idiosynkrasien. Die Idiosynkrasie kann erst im Laufe des Lebens auftreten, kann erst nach Zufuhr einer gröfseren Menge der betreffenden Noxe zum Vorschein kommen. Toxische Substanzen können auch eine allgemeine Überempfindlichkeit gegen verschiedene Schädigungen erzeugen. Die Idiosynkrasie kann wieder schwinden durch Gewöhnung oder Immunisierung, sie kann eine temporäre sein. Die Menge der schädlichen Substanz ist nicht, wie man gewöhnlich annimmt, für die idiosynkrasischen Dermatosen ohne weiteres gleichgültig. Bei den Toxidermien handelt es sich meistens um Entzündungen, nicht um Angioneurosen; letztere können nicht ohne weiteres zu ersteren führen. Die toxischen Erytheme sind alle den Entzündungen zuzuzählen, bei der Urticaria mufs man wohl angioneurotische Vorgänge annehmen. Auch manche hämorrhagische Toxicodermie gehört zu den Entzündungen. Die Gangränformen sind nur durch Einwirkung auf Gefäfse und trophische Nerven verständlich. Die Keratosen stellen primäre Epithelalterationen dar. Eine anatomische Läsion der Nerven ist beim einfachen Herpes und beim Zoster anzunehmen. Sehr wichtig sind für die Pathologie der Toxicodermien die komplikatorischen Hauterscheinungen und die Beziehungen derselben zu dem übrigen Organismus. Accidentelle Infektionen sind von Bedeutung (Furunkel!). Die Art der Einführung des schädlichen Agens in den Organismus mufs beachtet werden, wie des weiteren ausgeführt wird. Nach einer Besprechnng der Art der Ausbreitung toxischer Dermatosen wendet sich Verfasser dem klinisch-praktischen Teile zu, über den hier nicht eingehend berichtet werden kann. Die Lektüre der interessanten Originalarbeit kann nur empfohlen werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Zur Diagnose der Pentosurie, von Bial. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 15.) Zur Erkennung der Pentose im Urin hat Verfasser unter dem Namen Pentose-Reagenz von Klönne und Müller ein aus Salzsäure, Orceiu und Eisenchlorid bestehendes Reagenz herstellen lassen, dafs beim Kochen mit Pentosehaltigem Wein, und zwar nur bei diesem, eine charakteristische Grünfärbung eintreten läfst, und so die Diagnose der Pentosurie ganz leicht macht. *F. Hahn-Bremen.*

Über den Wert des neuen (Bialschen) Reagenz für die Differenzialdiagnose zwischen Diabetes und Pentosurie, von Beer-Barmen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 30.) Bei allem Werte der Bialschen Probe hält B. doch die Gärungsprobe daneben auch für nötig, besonders bei den Formen von Diabetes, in denen Pentosen und Traubenzucker neben einander vorkommen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Eine neue Reaktion im Harne von Diabetikern, welche Acetessigsäure ausscheiden, von E. Riegler. (*Med. Bl.* 1902. No. 14.) Harn, der Acetessigsäure enthält, giebt auch folgende Reaktion: Wenn man zu 15 ccm Harn 5—10 Tropfen konzentrierte Schwefelsäure und darauf 2—3 ccm einer 6%igen Jodsäurelösung hinzufügt, erhält man eine rosa Farbe, deren Intensität dem Gehalt an Acetessigsäure parallel geht. Diese Farbe verschwindet wieder nach etwa 1/2 Stunde. Ein derartiger Harn, mit Schwefelsäure und Jodsäure versetzt und mit Chloroform ausgeschüttelt, färbt das Chloroform nie, während normaler Harn stets das Chloroform violett färbt. Diese Nichtfärbung des Chloroforms ist eine noch wichtigere und feinere Reaktion als die rosa Färbung. — Wenn man 50 ccm eines Acetessigsäure enthaltenden Zuckerharnes mit 2 ccm Schwefelsäure und 5—10 ccm einer 6%igen Jodsäurelösung versetzt und einige Zeit stehen läfst, so tritt ein scharfer, Auge und Nase reizender Geruch auf. — Welche Substanz im Harne diese Reaktionen macht, konnte Verfasser nicht ergründen. *Jessner Königsberg i. Pr.*

Zucker im Urin bei niedrigem spezifischen Gewicht, von S. W. Carruthers. (*Brit. med. Journ.* 14. Juni 1902.) Der Verfasser berichtet über einen seltenen Fall von Diabetes, bei welchem der zuckerhaltige Urin das spezifische Gewicht von 1005 zeigte. *C. Berliner-Aachen.*

Über Hämaturie von William K. Otis-New York (*New York Journ.* 19. April 1902.) Die Gegenwart von Blut im Urin beweist zwar Störungen im Harnsystem, es ist aber oft sehr schwer, zu unterscheiden, aus welchem Teile desselben die Blutung stammt. Ralfe hat gezeigt, dafs ein Teil Blut auf 1500 Teile normalen Urin eine entschieden dunkel- und ein Teil auf 500 eine klare kirschrote Färbung giebt. Einen positiven Beweis für Blut giebt die Teichmannsche Blutkristallprobe, den besten und entschiedensten aber der mikroskopische Nachweis von Blutkörperchen im Urin, was jedoch nach längerer Zeit nicht mehr möglich ist; die spektroskopische Untersuchung

ist ein ferneres Hilfsmittel. Unter gewissen Bedingungen kann die Anwesenheit anderer Färbesubstanzen zu der Vermutnng führen, ob Blut im Urin enthalten ist oder nicht, z. B. nach der Einnahme von Rhabarber oder Senna, ferner nach Carbolvergiftung oder der Einnahme mancher der neuen antipyretischen Mittel; brauner Urin, welcher die Anwesenheit von Methaemaglobin vortäuscht, findet sich oft in Fällen von Ikterus, wenn das Gallenpigment so verändert ist, dafs keine Gallenreaktion mehr ein positives Resultat giebt. O. teilt den Harnapparat zur genaueren Erkennung des Sitzes der Blutung in 4 Abschnitte ein: 1. Vom Meatus bis zum Compressor urethrae; 2. Pars prostatica urethrae; 3. Blase; 4. Niere, Nierenbecken und Ureteren und giebt die Methode an, durch welche der spezielle Sitz zu eruieren ist. Im erstgenannten Falle ist der Blutabflufs ein freier, ungehinderter; wenn der Harn in zwei Portionen gelassen wird, ist die zweite frei von Blut. Im zweiten Falle besteht häufig Harndrang, das Blut fliefst nicht frei heraus, sondern nur, mit Urin gemischt, während der Mixtion; doch sind hier bedeutende graduelle Verschiedenheiten vorhanden, je nach der Stärke der Blutung. Urethroskopie ist hier ganz unzweckmäfsig, da sie in den geschicktesten Händen oft nur die Blutung vermehrt. Kommt das Blut aus der Blase, so zeigt der Urin höheres oder normales spezifisches Gewicht, während es bei Nierenblutung vermindert ist. Direkte Untersuchung der Blase (bimanuell per rectum), Cystoskopie und die Jodkaliumstärkeprobe (per Katheter ausgeführt) können, letztere positive Blutreaktion, erstere die Anwesenheit einer Neubildung u. ä. und genauen Sitz der Blutung feststellen. Zuweilen, wenn die Blutung profuser ist, kann die irrigierende Art der Cystoskopie von Vorteil sein. Hat die Untersuchung ergeben, dafs das Blut von keinem der vorhergenannten Teile stammt, so mufs der Sitz der Blutung in den Nieren oder Ureteren liegen, was oft sehr schwer zu bestimmen ist. Der Charakter der Blutung deutet häufig darauf hin, indem Blut aus den Nieren innig mit Urin gemischt und die erste Portion desselben gleicherweise wie die letzte gefärbt ist, während bei Blasenblutung der letzte Teil am stärksten gefärbt ist. Mikroskopisch findet man oft auch im Urin Blutcylinder (Illustration von solchen), was ein zweifelloser Beweis ist. Von Wichtigkeit ist ferner Schmerzgefühl in der Nierengegend, speziell einseitiges, auch bimanuelle Untersuchung der Nieren bezüglich Vergröfserung derselben oder Vorhandensein einer Geschwulst ist von Bedeutung. Schliefslich hebt Verfasser hervor, dafs es trotz aller diagnostischen Mittel zuweilen unmöglich ist, den Sitz der Blutung festzustellen, dafs die Patienten zu diesem Zwecke oft längere Zeit in Beobachtung bleiben müssen und dafs sogar all die Symptome von Nieren- durch jene oder Blasen-Blutung vorgetäuscht werden können, speziell wenn die Affektion an den Ureteren-Mündungen sitzt. *Stern-München.*

Beitrag zur Kenntnis der Ätiologie der Hämaturie, von G. Triolo-Tunis. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 2.) Ein 61jähriger Mann, der vor 30 Jahren lange Zeit hindurch an Sumpffieber gelitten hatte und das typische Bild einer Malariakachexie darbot, erkrankte mit heftigen Schmerzen in den unteren Extremitäten, dazu gesellte sich nach einigen Monaten intensives Kältegefühl in den Füfsen und kontinuierliche Hämaturie. Die Untersuchung ergab, abgesehen von schlechtem Allgemeinzustand, beginnende Gangrän des Zahnfleisches, Vergröfserung der Milz und Druckempfindlichkeit in der Lendengegend. An den Beinen und an der unteren Partie des Abdomens war die Sensibilität fast vollständig erloschen, die Patellarreflexe waren herabgesetzt, der Gang langsam, zögernd und unsicher. Die Zahl der Urinentleerungen war ebenso wie die Urinmenge normal, die Miktionen verursachten Schmerzen in der Lendengegend; jede Urinportion enthielt Blut in mäfsiger Menge, sowie eine kleine Quantität Eiweifs, sonst aber nichts Abnormes. Die Hämaturie war in diesem Falle ebenso wie

die Polyneuritis zweifellos durch die Malariakachexie verursacht; man mufs annehmen, dafs die Malaria im Blute oder in den Blutgefäfsen oder auch in beiden Veränderungen hinterlassen hat, und dafs der die Malariakachexie bewirkende chronische Infektionszustand eine Alteration der Plexus venales herbeiführte, die zusammen mit den Veränderungen des Blutes beziehungsweise der Gefäfse die Hämaturie verursachte. Der Erfolg der eingeleiteten Therapie bestätigte die Richtigkeit dieser Auffassung: unter Verabreichung von Chinin 1,0 und Solutio Fowleri 15 Tropfen pro die verschwanden sowohl die Hämaturie wie die Schmerzen, nach 20 Tagen war der Mann vollständig geheilt. *Götz-München.*

Drei Fälle von Hämaturie auf hysterischer Grundlage, von Barthélemy Guisy-Athen. (*Méd. orient.* 1901. No. 21.) Die drei Fälle betreffen eine Frau von 38 Jahren, von 49 Jahren und einen 48jährigen Herrn. Die Krankengeschichte des letzteren sei kurz wiedergegeben. Nach einem finanziellen Verlust erkrankte derselbe unter heftigen Schmerzen an beträchtlichem Bluthamen. Zwei Stunden darauf urinierte er wiederum blutig, und zwar drei grofse Gläser dunkelbraunroten Urins. Sieben Jahre darauf dieselben Erscheinungen nach einem Streite. Beide Male spontanes Schwinden der Hämaturie, ebenso bei einem dritten Anfall, den der Tod des einzigen Sohnes bei dem Kranken auslöste. Derselbe war stark hysterisch. Bei der geringsten Erregung mehrstündiges Zittern. Ab und zu Weinen, heftige Kopfschmerzen, Melancholie. *Hopf-Dresden.*

Haematuria graviditatis, von Papaconstantinidis-Smyrna. (*Méd. orient.* 1902. No. 10.) Essentielle Schwangerschaftshämaturien sind bisher nur 9mal wissenschaftlich berichtet worden. Alle die Gravidität begleitenden Hämaturien auf kalkulöser, tuberkulöser oder anderer Basis müssen davon getrennt werden. Der Verfasser fügt obiger Beobachtung eine neue hinzu. Der Fall betrifft eine 25jährige Primipara, die seit dem dritten Schwangerschaftsmonat Bluthamen bei ausgezeichnet bleibendem Allgemeinzustand beobachtete. Nach der Entbindung hörte das anfallsweise sich zeigende Lassen blutigen Harnes auf. Der Urin war während der ganzen Miktion blutig, ohne jede sonstige Beimengung, wie Eiweifs oder Epithelien. Die Hämaturie mufste also eine renale sein. Blasenvaricen waren ausgeschlossen. Ursache der Krankheit dürfte eine graviditäre Toxämie infolge hepato-renaler Insufficienz sein. Die im allgemeinen günstige Prognose hängt mit von der Schwere des Falles ab. *Hopf-Dresden.*

Über Graviditäts-Hämoglobinurie, von L. Brauer-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 20.) Bei einer Frau, die früher in einer Malariagegend gelebt und dort zwar nicht akut erkrankt, aber längere Zeit hindurch sehr anämisch, matt und elend gewesen war, konstatierte der Verfasser jeweils im letzten Monate zweier aufeinanderfolgender Graviditäten Hämoglobinurie mit leichtem Ikterus und starkem Hautjucken. Der Urin enthielt beide Male aufser einer reichen Menge feinen Hämoglobins Eiweifs, Gallenfarbstoffe, viel Urobilin, ganz vereinzelte korpuskuläre Blutelemente, aber keine aus den Nieren stammenden Formelemente. Die Milz war beide Male palpabel, die Leber während der ersten Attacke vergröfsert, während der zweiten normal. Die Niederkunft erfolgte jedesmal um 3 Wochen zu früh, beide Kinder wiesen starken Ikterus auf. Nach den Geburten erholte sich die Mutter immer relativ rasch, alle Krankheitserscheinungen verloren sich noch während der Puerperien. Vorausgegangen waren bei der Frau bereits vier Graviditäten, am Ende derselben soll stets heftiges Hautjucken aufgetreten sein. Präzise Angaben über die Ätiologie des Falles vermag der Verfasser nicht zu machen. Dafs die Hämoglobinurie eine Folge von Malaria war, ist nicht unmöglich, aber unwahrscheinlich. Am unge-

zwungensten erscheint es, der Erkrankung eine Sonderstellung zu geben und sie aufzufassen als abhängig von Stoffwechselprodukten der Schwangerschaft, mögen diese nun als pathologische Stoffe ein an sich normales Blut destruiert haben oder als normale Produkte auf Erythrocyten von verminderter Widerstandsfähigkeit gestoſsen sein.

Götz-München.

Ein Fall von Hämatoporphyrinurie, von James Tyson und Alfred C. Croftan-Philadelphia. (*Philad. Med. Journ.* 17. Mai 1902.) Eine 50jährige Frau, die Jahre hindurch als Schlafmittel Sulfonal, in Dosen von 1—3$^1/_2$ g abends, gebraucht hatte, erkrankte mit heftigen Schmerzen im oberen Abdomen, Meteorismus, trockener Zunge, Benommenheit und kleinem, frequentem Puls. Der Urin war portweinrot und enthielt Spuren von Eiweiſs und eine geringe Zahl granulierter und Epithelcylinder. Das Sulfonal wurde sofort ausgesetzt. Die Untersuchung des Urins an den folgenden vier Tagen ergab, daſs er in den ersten 24 Stunden noch 1,683 g Hämatoporphyrin (eisenfreies Hämatin) enthielt, am zweiten Tage 1,013, am dritten 0,098. Das Quantum des ersten Tages entspricht 35,1 g Hämoglobin. Rechnet man für einen Erwachsenen etwa 600 g Hämoglobin Gesamtmenge, so war in diesem Falle $^1/_{17}$ des Hämoglobins in 24 Stunden zerstört und als Hämatoporphyrin im Harn ausgeschieden worden.

Max Levor-Hamburg.

Über grünen und blauen Urin, von Ralph Stockmann-Glasgow. (*Edinb. med. Journ.* Aug. 1902.) St. beschreibt einen Fall, wo blauer Urin gelassen wurde und Patient über die Ursache absolut keinen Aufschluſs geben konnte, und einen zweiten Fall, wo ein 63jähriger Mann einmal grünen Urin lieſs. Chemische und spektroskopische Untersuchung dieses Urins, sowie Prüfung mit verschiedenen Bakterienarten bei offener Luft ergaben kein Resultat über die Ursache dieser Grünfärbung, welche übrigens nur einmal aufgetreten ist; Verfasser glaubt, daſs es irgend eine Anilinfarbe war, die zufällig verschluckt worden. Bei dem ersten Urin, welcher von einem ganz gesunden, jungen Mann stammte, der behauptete, keinerlei Süſsigkeiten oder Medikamente längere Zeit vorher genommen zu haben, wurde sowohl durch die chemische wie spektroskopische Untersuchung unzweifelhaft Methylenblau festgestellt; es ergab sich späterhin, daſs der junge Mann zum Scherze diese Substanz in Form von Pillen, welche mit fleischfarbenem Zucker überzogen waren, bekommen hatte. St. führt im Anschluſs hieran noch praktische Versuche an, welche er mit Verabreichung von Methylenblau (6 cg) angestellt hat und die zur Erkennung dieses Farbstoffes, welcher den Urin blau oder grün — bei Cystitis — färben kann, notwendigen chemischen Reagentien, wozu sich noch spektroskopische und bakteriologische (Farbenveränderungen von Bakterienreinkulturen) Prüfungen gesellen können. *Stern-München.*

Über das Vorkommen von grünem oder blauem Urin und seine häufigste Ursache, von F. Parkes Weber-London. (*Die med. Woche.* 1902. No. 40.) W. findet die Ursache des grünen oder blauen Urins in dem Verspeisen von mit Methylenblau gefärbten Zuckerwaren, wie er es in mehreren Fällen konstatieren konnte. Es ist dieses von praktischer Bedeutung, denn ein Verdacht auf die wahre Ursache kann sehr viel Zeit und vielleicht auch manche Angst ersparen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Bacteriuria vesicalis postblennorrhoica durch Bacterium lactis aërogenes, von Goldberg. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1902, No. 13.) Der Patient des Verfassers hatte zweimal Blennorrhoe durchgemacht, als er plötzlich nach einer Pollution eine erhebliche Trübung des Urins bemerkte, die Verfasser als auf Bakterien beruhend erkannte. Die sorgfältige bakteriologische Untersuchung ergab Bacterium lactis

aërogenes, das wahrscheinlich von dem nicht sehr sauberen Patienten aus dem Vorhautsack in die Harnwege gebracht worden war. Prostataexpressionen und Blasenspülungen mit Ichthargan führten Heilung herbei. *F. Hahn-Bremen.*

Über einen chromophoren gelben Bacillus des Harns, von Paladino-Blandini. (*Giorn. intern. delle Scienze.* 1902. No. 12.) Verfasser fand den Bacillus im Urin in einem Falle von Cystitis mit ammoniakalischem Harne, neben dem Urobacillus liquefaciens septicus. Der Bacillus hat eine Länge von 2—3 μ und eine Breite von 0,3—0,5 μ und gerundete Enden; er ist meist isoliert, selten zu zweien gruppiert. Im hängenden Tropfen untersucht, zeigt er eine zitternde Bewegung, wie der Bacillus coli. In Agar gezüchtet verliert er an Länge und zeigt ungefähr die Dimensionen eines Coccobacillus; in der Milch bilden sich nach 6—8 Tagen 8—10 μ lange Fäden. Sporen bildet der Bacillus keine. In Bouillonpepton entsteht nach 48 Stunden ein hellgelber Niederschlag und es entwickelt sich ein intensiver Fäulnisgeruch mit alkalischer und Indolreaktion. Der Bacillus koaguliert die Milch und zersetzt das Coagulum, verflüssigt die Gelatine und greift den Harnstoff an. Verfasser schlägt vor, ihn Bacillus flavus urinae zu nennen. *C. Müller-Genf.*

Tuberkelbacillen in Fäden im klaren Urin, von Craciunescu. (*Wien. med. Presse.* 1901. No. 36.) Bei einem 37 jährigen, kräftigen und gesund aussehenden Manne war vor 4 Jahren ein kalter Abscefs neben der Wirbelsäule und oberhalb des Poupartschen Bandes gespalten worden. Der Kranke konsultierte Verfasser wegen Schmerzen in der Nierengegend. Die Untersuchung des Kranken seitens des Harnapparates gab folgendes Resultat: Blasenentleerung normal, Harn vollkommen klar und enthält einige $^1/_2$—2 cm lange Fäden, deren mikroskopische, wiederholte Untersuchung keine Gonokokken, sondern Eiterkörperchen, Schleim, zahlreiche Strepto- und Staphylokokken, aufserdem reichlich schlanke, leicht gekrümmte Stäbchenbacillen, deren Färbung nach Ziehl und Uelsen, sowie auch nach Weichselbaum dieselben als Tuberkelbacillen erkennen liefs. Dabei subjektives Wohlbefinden. Einige Wochen darauf ist die Anzahl der Fäden eine gröfsere, etwas Harndrang und Verdickung des linken Hodens und Nebenhodens. Der Kranke negiert, je an Blennorrhoe gelitten zu haben. Dieser Befund läfst dahin deuten, dafs es sich hier um eine seltene Lokalisation einer Harnröhrentuberkulose handelt, die von der Pars membranacea gegen die Pars prostatica urethrae schreitet und nun auch die Samenwege ergriffen hat. Verfasser möchte diesen Befund als erstes Symptom beginnender Urogenitaltuberkulose deuten und hält es für wünschenswert bei jedem Tripperkranken, dessen Tripperfäden auch auf Tuberkelbacillen zu untersuchen, welches vom prognostischen Standpunkte von Wichtigkeit ist. (Wenn auch der Kranke negiert, je an Blennorhoe gelitten zu haben, so scheint doch der Anfangsprozefs eine chronische Blennorrhoe gewesen zu sein, auf deren Basis sich in individuo tuberculotico eine Urogenitaltuberkulose entwickelte. Dafür spricht auch die Anmerkung des Verfassers, dafs dessen früher vollkommen gesunde Frau, die er 3 Monate nach der Operation der kalten Abscesse geheiratet hat, seit der Ehe herabgekommen ist, steril blieb und noch jetzt an Fluor albus leidet. Ref.)
A. Alpár-Alexandria.

Die Differentialdiagnose zwischen der Pyurie vesikalen und der Pyurie pyelitischen Ursprungs. (*Semaine méd.* 1902. No. 13.) Dieselbe soll nach Rosenfeld darin bestehen, dafs bei der Cystitis der Eiweifsgehalt des Harnes niemals 1,5 ‰ übersteigt, während er bei der Pyelitis leicht 3 ‰ erreichen kann. Daneben ist natürlich auch die Form der zelligen Elemente in Betracht zu ziehen.
C. Müller-Genf.

Eiweifs im Urin, eine neue Art der Anwendung von Salpetersäure und anderen Reagentien, von L. NAPOLEON BOSTON-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 24. Mai 1902.) Diese Reaktion besteht darin, dafs man eine Pipette mit dem zu untersuchenden Urin in der Höhe von etwa 4 cm anfüllt, die Pipette sorgfältig abtrocknet, dann in das reine Salzsäure enthaltende Gefäfs bringt und beinahe ebenso viel von derselben in die Pipette einfliefsen läfst, als sie Harn enthält. Gegen das Licht gehalten beobachtet man bei Anwesenheit von Eiweifs einen weifslichen, wolkigen Ring an der Stelle, wo Urin und Reagens zusammenkommen. B. macht darauf aufmerksam, dafs normales Harnpigment, Serumalbumin, Mucin, Urate u. s. w. ähnliche Reaktionen geben, die jedoch in den Farbennuancen ganz ausgesprochene Verschiedenheiten zeigen. Im Anschlufs an diese Probe, welche sich ihm in 5jähriger Praxis bewährte, giebt B. noch eine kurze Übersicht über 13 weitere Untersuchungsmethoden auf Eiweifs; aufser jener mit Acid. nitr. gab die mit Magnes. nitr. (nach WILL. ROBERTS) und mit Schwefelsalycilsäure (nach ROCH und MAC WILLIAM) die befriedigendsten Resultate. Die Anwendung der FEHLINGschen Lösung mittels Pipette fand B. zur Zuckerprobe nicht praktisch. *Stern-München.*

e. *Labien, Vagina.*

Der Schmerz der Genitalien beim Weibe, von L. LÉON ARCHAMBAULT. (*Indépend. méd.* 1901. No. 23.) Es fällt in die Augen, dafs der Schmerz bei den Adnexerkrankungen häufiger ist als bei den Affektionen des Uterus. Aufserdem ist die Schmerzhaftigkeit während der akuten Erkrankungen bedeutender als bei den chronischen. Dabei bestehen individuelle Verschiedenheiten bei den Kranken. Sehr häufig kombiniert sich mit dem physischen ein moralischer Schmerz — Melancholie. *Hopf-Dresden.*

Über Vulvovaginitis infantum, von A. BUSCHKE-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1902. No. 3.) Der Verfasser hat im Laufe von 4 Jahren 50 Fälle von Vulvovaginitis infantum beobachtet; in der Mehrzahl der Fälle waren zu Beginn der Behandlung Gonokokken nachweisbar. Fast in allen Fällen waren Vulva, Vagina und Urethra erkrankt; in 4 Fällen bestand gleichzeitig eine Blennorrhoe des Rectums. Von sonstigen Komplikationen kamen zur Beobachtung einmal eine Conjunctivitis blennorrhoica, einmal eine schwere Cystitis, einmal eine Bartholinitis, die durch Exstirpation der Drüse geheilt wurde, und einmal eine metastatische, relativ gutartige Erkrankung des 5. Metacarpophalangealgelenks der rechten Hand. In einzelnen Fällen, in denen das Hymen verletzt war, konnte vermittels eines Urethralspekulums die Cervix inspiriert werden; es liefs sich hier niemals eine Erkrankung nachweisen. Auch schwerere Komplikationen von seiten der inneren Genitalorgane wurden nicht beobachtet; nur in einem Falle trat von Zeit zu Zeit eine starke Druckempfindlichkeit des Abdomens auf, doch war eine Lokalisation des Leidens hierbei nicht festzustellen. Die Behandlung war einerseits eine antiphlogistische, andererseits eine direkt antiblennorrhoische: die Vagina wurde einmal täglich mittels eines Nelatonkatheters und 5—6mal täglich vermittels einer Tripperspritze mit $^1/_2$—1%iger lauwarmer Protargollösung ausgespritzt; oder es wurden Suppositorien mit 1—3%igem Argonin oder 1—2%igem Protargol oder 1—2%igem Argentamin eingeführt, eine zwar bequemere, aber auch weniger wirksame Behandlungsmethode. Eine Lokalbehandlung der Urethralaffektion ist nach den gemachten Erfahrungen zumeist unnötig, da hier sehr oft Spontanheilung eintritt; es genügt zumeist die Verabreichung von Oleum santali oder Salol. In hartnäckigen Fällen mufs man verstehen, Urethralstäbchen, welche die oben genannten Medikamente enthalten, einzuführen; allerdings ist das ziemlich

schmerzhaft und führt leicht zu Reizerscheinungen. Die Blennorrhoe des Rectums wird mit Einspritzungen und Applikation von Suppositorien behandelt.

Auf Grund der gemachten Erfahrungen weist der Verfasser darauf hin, dafs auch bei der Vulvovaginitis der Kinder die infektiöse Natur der Erkrankung nur durch die mikroskopische Untersuchung, d. h. durch den Nachweis von Gonokokken festgestellt werden kann. Der negative Ausfall häufiger mikroskopischer Untersuchungen macht es, wenn auch nicht sicher, so doch wahrscheinlich, dafs eine einfache katarrhalische Vaginitis vorliegt. Von grofser Wichtigkeit ist die mikroskopische Untersuchung insbesondere für forensische Zwecke; es empfiehlt sich auch, bei positivem Befunde stets ein Präparat aufzubewahren. Mit Rücksicht auf ein eventuelles gerichtliches Verfahren mufs ferner bei der äufserlichen Untersuchung immer auf eine Verletzung des Hymens geachtet werden, wenn eine solche auch nicht bei jedem Stuprum zu stande kommt. Was die Ätiologie betrifft, so ist, abgesehen von den allgemein bekannten Faktoren, sicherlich auch das Spielen von erkrankten Kindern mit gesunden und besonders das Zusammensein in der Schule von Bedeutung. Die Dauer der Affektion erstreckt sich auch bei ununterbrochener, regulärer Behandlung meist auf mehrere Monate, mitunter selbst auf Jahre. Rezidive nach scheinbarer Heilung gehören zu den häufigsten Vorkommnissen. Es scheint sogar, dafs in einzelnen Fällen die Infektiosität sich bis in das geschlechtsfähige Alter hinein erstrecken kann. Die grofse Mehrzahl der Fälle heilt, wenn auch erst nach längerer Zeit, zweifellos aus; doch ist es notwendig, auch nach eingetretener Heilung die Kinder noch längere Zeit hindurch zu kontrollieren und womöglich nach Verlauf einiger Jahre wieder zu untersuchen. Wünschenswert sind ferner Untersuchungen darüber, ob tiefere, Gonokokken enthaltende Infiltrationen oder Vaginalwände vorkommen.

Götz-München.

Die Bartholinitis und deren Behandlung, von Jullien. (*Gazette des Hôpitaux.* 1902. No. 71.) Die Bartholinitis kann eine einfache oder blennorrhoischen Ursprungs sein; die wahre Bartholinitis erkennt aber den Gonococcus als ihre Ursache. Die chronische Form kann direkt als solche beginnen nnd wenig Beschwerden verursachen; von einem Augenblicke zum anderen kann aber das Sekret virulent werden und entsprechende Störungen herbeiführen. Sie wird am vorteilhaftesten durch die sklerogene Methode hehandelt — Injektion einiger Tropfen einer 10%igen Chlorzinklösung in den Drüsenkörper, circa 1 cm tief; Methode von Lannelongue.

C. Müller-Genf.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Die Aufgaben und Ziele bei der Behandlung der chronischen Blennorrhoe in Bezug auf die Frage der Eheschliefsung, von G. v. Engelmann. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1901. No. 52.) Der Aufsatz enthält nichts Neues.

A. Loewald-Graudenz.

Chinolinwismutrhodanat Edinger (Crurin pro injectione) als Antiblennorrhoicum, von Jacobi. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 52.) Das für gewöhnlich mit 25% Stärkezusatz versehene Crurin wird für die Blennorrhoebehandlung ohne diesen Zusatz verwendet, mit wenig Glycerin und Wasser fein verrieben und dann auf 1/2% Stärke mit Wasser zur Schüttelmixtur aufgefüllt. Verfasser hat dies neuere Präparat, dem gonokokkentötende und adstringierende Eigenschaften nachgesagt werden, in einer Reihe von Fällen mit zufriedenstellendem Erfolge angewendet; Reizerscheinungen machte es nicht, Komplikationen traten eher seltener auf. Die Behandlung bestand in mehrmals täglich wiederholten Injektionen von 3—5 Minuten Dauer, event. anfangs mit Protargol kombiniert. *F. Hahn-Bremen.*

Präventivmafsregeln gegen Tripperinfektion, von Jacobsohn. (*Rufski Wratsch.* 1902. No. 4 und 5.) Nach einer Besprechung der verschiedenen, bisher in der Litteratur angegebenen Apparate und Methoden zur Verhütung des Trippers von Hausmann, Blocusewski, Frank, Kopp, Marschalko, Steckel und Strebel beschreibt Verfasser seinen Tropfapparat. Derselbe beruht auf dem Prinzip, nur ein Mal zu dienen, um eine Benutzung von mehreren Personen zu vermeiden. Der Apparat ist ein dickes Glasröhrchen von 4 cm Länge, welches am unteren Ende schmal zuläuft. Ein Centimeter oberhalb dieses unteren Endes erweitert sich das Röhrchen kugelartig. Die Längsdurchmesser dieser Kugel beträgt 0,8—1 cm, der Querdurchmesser 0,5—0,6 cm und fafst 2—4 Tropfen. Das obere Ende des Röhrchens verdickt sich ringförmig. Beide Enden des Röhrchens sind durch Gummikappen bedeckt, von denen die untere vor dem Gebrauch abgenommen wird, worauf man den Apparat in die Harnröhre einführt. Auf einen Druck auf die obere Kappe ergiefsen sich die 2 bis 4 Tropfen der 20% Glycerin-Protargollösung in die fossa varicularis.

Arth. Jordan-Moskau.

Zur speziellen Prophylaxe der Blennorrhoe bei Männern und Frauen, von Ludwig Jakobsohn. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1902. No. 36.) Verfasser empfiehlt zur Tripper-Prophylaxe einen kleinen Apparat, der den Vorteil hat, nur einmal verwendet werden zu können. Das bauchige Glasrohr ist an der einen Seite konisch verjüngt, an der anderen trägt es eine Gummikappe. Im Innern enthält es 4 Tropfen einer 20% Protargol-Glycerinlösung, die nach Einführen des konischen Endes in die Harnröhre in diese geprefst werden. — Für die Frau werden empfohlen: 1. globuli vaginales aus Gelatine mit Protargol; 2. Ampullen mit 20% Protargollösung, die auf 1/2% Lösung verdünnt, zur Vaginalspülung dient. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ist die Blennorrhoe der Prostituierten heilbar?, von Thomas v. Marschalko-Klausenburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 15.) Verfasser wendet sich gegen das Dogma von der Unheilbarkeit der Blennorrhoe des Weibes, gestützt auf seine günstigen Resultate bei 161 Patientinnen. Sämtliche 99 Urethralblennorrhoen heilten in durchschnittlich 28 Tagen unter 1—2% Höllenstein oder 1—5% Protargollösungen, ebenso sämtliche 37 Erkrankungen der Bartholinischen Drüse unter Einspritzung von 3% Lapis oder 5% Protargol in durchschnittlich 27 Tagen. Bei den 108 Uterusblennorrhoen verschwanden die Gonokokken in 101 Fällen in durchschnittlich 56 Tagen. Hier bewährte sich zweimal wöchentliche Injektion von 5% Natrium lygosinatum. M. hält eine mikroskopische Untersuchung des Sekretes der Prostituierten für absolut nötig, ebenso wie eine offene Aufklärung des Volkes über die Gefahren der venerischen Krankheiten, auch empfiehlt er prophylaktisch die Credéschen Einträufelungen unmittelbar nach dem Beischlaf. Der Erfolg beruht in der persönlichen Prophylaxe und es ist Pflicht der Ärzte, ihren Patienten die Mittel an die Hand zu geben, um sich so viel wie möglich vor Infektion zu schützen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Blennorrhoe und Gravidität, von L. Fürst-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1902. Heft 9.) Bei der Behandlung der Blennorrhoe, besonders bei Weibern, bedient sich F. mit Erfolg des Ichthargans, es schädigt nicht die Mucosa, tötet die Gonokokken in der Tiefe, reizt das Endometrium nicht, ist frei von störenden Nebenwirkungen und zuverlässig im Erfolge. Bei blennorrhoischen Frauen lassen sich Sterilität und Neigung zu habituellem Abort durch systematische Ichthargantherapie unschwer so weit beseitigen, dafs Konzeption und Austragung der Frucht zu erzielen ist. Eine Gravidität bei noch nicht völlig beseitigter Blennorrhoe wird durch eine modifizierte Behandlung nicht unterbrochen. Letztere hat im Gegenteil noch den Nutzen, die Wahrscheinlichkeit erheblich zu verringern, dafs das neugeborene Kind eine virulente Ophthalmie erwirbt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die diagnostische Verwertung des Gonococcus, von E. D. BONDURANT-Mobile, Ala. (*Med. News.* 31. Mai 1902.) B. giebt hier eine genaue Beschreibung der Untersuchungsmethoden, welche zum Nachweise des Gonococcus sich erprobt haben und bekanntlich von besonderer Wichtigkeit bei Ausfluſs zweifelhafter Natur aus der Harnröhre und bei alten, chronischen Fällen von Blennorrhoe sind. Er empfiehlt, die Präparate recht dünn in der Anzahl von 3—6 herzustellen, einen Teil derselben einfach mit Methylenblau (nach LOEFFLER), einige nach GRAM und eine dritte Art nach der Entfärbung nach GRAM mit wässeriger Saffranin-Lösung zu behandeln, welche Färbung die Gonokokken annehmen; wenn sorgfältige Forschung nach Gonokokken notwendig ist, sollte man nach jeder der drei Methoden eine Anzahl Präparate anfertigen. Absolut sicheren Aufschluſs gebend und in der gerichtsärztlichen Praxis allein anwendbar ist aber nur das Kulturverfahren; als Nährmedium hat sich Blutserum, wie überhaupt die ganze WERTHEIMsche Methode, am besten bewährt. Vermittels des Kulturverfahrens wurden im Blut, in Gelenksergüssen, im Eiter von Salpingitis, an den Herzklappen und bei altem Harnröhrentripper, welche scheinbar frei von Gonokokken waren, dieselben gefunden. Schlieſslich giebt B. die Mahnung, kein Arzt sollte einen Harnröhrenausfluſs behandeln, ohne die mikroskopische Untersuchung desselben gemacht zu haben, und keinen Fall von Harnröhren-Blennorrhoe als geheilt entlassen, bis nicht alle verdächtigen Kokken daraus verschwunden sind; in Fällen von Ehelizenz ist allein das Kulturverfahren verlässig. *Stern-München.*

Zur Frage der Gonokokken in gerichtsärztlicher Hinsicht, von A. RUDOKI. (*Inaugur.-Dissert. Moskau.* 1902.) Da die Frage von Gonokokkennachweis aus Flecken in der Wäsche, welche in gerichtsärztlicher Hinsicht eine so groſse Bedeutung haben kann, noch keine einheitliche Lösung gefunden hat, so beschäftigt sich diese, auf Veranlassung von Prof. MINAKOW entstandene Dissertation mit dem Gonokokkennachweis in verdächtigen Flecken. Nach der üblichen historischen Übersicht bespricht Verfasser im zweiten Kapitel die Resultate der Untersuchung von frischem wie von eingetrocknetem Trippereiter. Die weiteren Kapitel berichten über die mikroskopische Untersuchung von Flecken in der Wäsche, die mit Trippereiter beschmutzt wurde, wobei die Flecke teilweise von allen äuſseren Einflüssen geschützt, teilweise der Wirkung verschiedener Einflüsse, wie Licht, Sonnenstrahlen, Wasser von verschiedener Temperatur, erwärmter Luft, Vaginalsekret, Urin, Exkrementen und auch Waschwasser ausgesetzt werden. Weiter berichtet die Arbeit über die mikroskopische Untersuchung von Urethralfäden, wie vom Sediment des Urins bei chronischer blennorrhoischer Cystitis, über den Einfluſs von Luft höherer Temperaturen auf gefärbte Präparate von Trippereiter und endlich über bakteriologische Untersuchungen.

Aus der groſsen Menge von Schluſsfolgerungen des Autors heben wir nur einige hervor:

1. Die mikroskopische Untersuchung von Trippereiterflecken hat für die gerichtliche Medizin dieselbe Bedeutung, wie die Untersuchung von frischem Eiter, da unter gewissen Bedingungen sowohl die Eiterkörperchen, als die Gonokokken sich lange in den Flecken erhalten können.

2. In der Mehrzahl der Fälle genügt zur Diagnose des Trippers die mikroskopische Untersuchung der Flecke des Sekrets und der klinische Befund.

3. Die Herstellung von Kulturen aus trockenen Tripperflecken gelang nicht, selbst bei Beobachtung für die Kultur dieser Mikroorganismen günstigen Bedingungen.

4. Die Herstellung von Kulturen der Gonokokken aus frischem Eiter kann bei unklarem mikroskopischem wie klinischem Bilde in gerichtsärztlicher Beziehung von Bedeutung sein, da die bakteriologische Untersuchung in zweifelhaften Fällen einen wichtigen Beweis für die Diagnose des Trippers geben kann.

5. Es giebt viele schädliche Einflüsse, welche die Tripperflecke so verändern können, dafs die Untersuchung derselben ein negatives Resultat ergiebt.

6. Zu diesen Einflüssen gehören: die Sonnenstrahlen, kochendes Wasser und solches von 80, ja schon 70° C., Luft, die erwärmt wurde bis auf 160° C., Beschmutzungen mit Vaginalsekret, Urin, Exkrementen und Waschwasser.

7. Das Aussehen der Flecken bleibt, bei Abschlufs der Luft, im Verlauf einiger Wochen unverändert; erst nach 2—3 Monaten werden die Flecke blasser, aber sogar nach 7 Monaten und länger sind sie noch deutlich zu unterscheiden.

8. Unter günstigen Bedingungen können sich die Gonokokken in den Flecken sehr lange, nämlich bis zu 7 Monaten erhalten. Der früheste Termin ihres vollkommenen Verschwindens waren nach meinen Untersuchungen 5 Monate 22 Tage, der längste Termin des Erhaltenbleibens dieser Mikroorganismen — 7 Monate 8 Tage. Die Eiterkörperchen können sich unter denselben Verhältnissen in grösserer oder kleinerer Menge auch sehr lange in den Flecken erhalten, nämlich einige Monate, ja sogar über ein halbes Jahr. *Arth. Jordan-Moskau.*

130 Fälle von infektiöser Kolpitis kleiner Mädchen mit positivem Gonokokkennachweis, von Römniceanu und Robin. (*Wien. med. Presse.* 1901. No 43.) Verfasser hatten im Verlaufe von 14 Jahren 150 Fälle von Kolpitis kleiner Mädchen in Beobachtung gehabt, von denen bei 130 obiger Befund konstatiert werden konnte. Das Alter variierte zwischen 2 und 13 Jahren, die meisten (28) 6—7 Jahren. Von Komplikationen waren zu nennen: Augenbindehautkatarrh, Keratitis, Bartholinitis, Lymphangitis, ano-rectale Blennorrhoe, Cystitis, Urethritis, Metritis, Salpingitis, Peritonitis, Arthritis, Endocarditis, Pleuritis und verschiedene Hauteruptionen. Die Wege der Infektion konnten in mehr als der Hälfte der Fälle nicht nachgewiesen werden, in 15 Fällen handelte es sich um Notzüchtigung, bei den übrigen Zusammenschlafen mit Tripperkranken. Die Behandlung bestand wesentlich in Waschungen von 4% Borsäure und Touchierung mit 1—2% Höllensteinlösung.

A. Alpár-Alexandria.

Die Erkrankungen des Mastdarms infolge von Infektion durch Blennorrhoe und Syphilis, von König-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 5. Mai 1902.) K. bespricht diese schweren, oft unheilbaren Krankheiten in Bezug auf Ätiologie, Symptomatologie, Prognose und Therapie. Die Mehrzahl ist blennorrhoischen Ursprungs, ein kleinerer Teil beruht auf syphilitischer Basis. Auch schildert er die von ihm bei solchen Fällen ausgeführten Operationen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von blennorrhoischer Rückenmarkserkrankung mit seltener Lokalisation, von Herzog-Mainz. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 29.) Der Sitz der Affektion war ein Herd in den hinteren Partien des Lumbalmarkes, doch sprechen die Sensibilitätsdefekte am Rumpfe, die Parästhesien der oberen Extremitäten und die Koordinationsstörungen dafür, dafs auch höher gelegene Herde bestehen. Patientin wurde beim ersten Coitus infiziert und gravid. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Tripperrheumatismus, von J. Douglas-Westervelt-Shreveport. (*Louisville Journ.* Mai. 1902.) W. bestreitet entschieden, dafs der Tripperrheumatismus in der Regel nichts anderes, als der lokale Ausdruck einer blennorrhoischen Allgemeininfektion sei. In den meisten Fällen handele es sich vielmehr um eine Mischkrankheit, eine Arthritis rheumatica bei einem Blennorrhoiker. Daher die Verschiedenheit von der gewöhnlichen Arthritis einerseits, die Bevorzugung des Kniegelenkes und die relative Seltenheit andererseits. *M. Levor-Hamburg.*

Über Puerperal-Rheumatismus, von Gustav Singer. (*Wien. klin. Rundschau.* 1902. No. 16.) Als „Rhumatisme puerperale" bezeichnet Lorain 1866 eine Form von Arthritis, die im Puerperium und auch in der letzten Zeit der Gravidität auftritt. Verfasser führt aus, dafs es sich dabei einerseits um eine Gonokokkeninfektion, andererseits um eine septische Erkrankung handeln kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Tripper durch Purpura kompliziert, von R. Duhot. (*Ann. policl. centr.* 1902. pag. 245.) An der Hand eines Falles von Purpura im Verlauf einer Blennorrhoe bei einem männlichen Kranken kommt der Verfasser zu dem Schlusse, dafs sowohl die Purpura als das Erythema polymorphum oder induratum und die Urticaria, welche häufig im Verlauf des Trippers beobachtet werden, auf einer durch die Toxine des Gonococcus hervorgerufenen Reizbarkeit des Nervensystems beruhen. Sie stehen somit nach seiner Ansicht in direktem ursächlichen Zusammenhang mit der Blennorrhoe.

Hopf-Dresden.

Ophthalmie der Neugeborenen, von Reynolds Wilson-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 12. April 1902.) Es wird das pathologisch-anatomische und klinische Verhalten der blennorrhoischen Conjunctivitis neonatorum und die Differentialdiagnose gegenüber der Conjunctivitis diphtheritica, der Keratomalacie und der angeborenen Hornhauttrübung mit katarrhalischer Entzündung der Bindehaut besprochen. Hinsichtlich der Therapie verwirft Verfasser Credés prophylaktische Instillationen, wenigstens für die Hospitalbehandlung. Vor dem Auftreten typischer Sekretion soll der Conjunctivalsack überhaupt nicht durch Trennung der Lider geöffnet werden. Als beste Behandlung der Blennorrhagie werden Irrigationen mit physiologischer Kochsalzlösung, im Anfangsstadium halbstündlich, später stündlich, empfohlen. Bei länger anhaltender Sekretion verwendet Verfasser Arg. nitr. 1 % oder Protargol 5% als Adstringentien. *M. Levor-Hamburg.*

Mitteilungen über die Ophthalmie der Neugeborenen, von van der Straeten. (*Presse méd. belge.* 1901. No. 47.) Die Infektion der Augen mit blennorrhoischem Sekret der Mutter ist meist keine unmittelbare. Das durch die Scheide durchtretende Kind hat die Augenlider fest zusammengedrückt, fast nach innen gerollt. Beim Aufschlagen der Lider kann also gonokokkenhaltiges Sekret nicht direkt in die Augen gelangen. Wohl aber geschieht dies bei den folgenden Manipulationen an den Augen der Neugeborenen, wie sie das Reinigen und Waschen darstellen. Hier mufs demnach mit ebenso viel Vorsicht verfahren werden, als solche auf Ausspülungen der Scheide vor der Geburt des Kindes zu verwenden ist. Die Credéschen Argentumeinträufelungen verwirft der Verfasser, er hält sie für nutzlos und glaubt sicher, dafs man ihrer bald völlig entraten wird. Auch wendet sich der Verfasser gegen die Anzeigepflicht des Augentrippers der Neugeborenen bei der Behörde und gegen die Bestrafung der Eltern im Falle der Erblindung des Kindes. Therapeutisch verwendet er am erfolgreichsten das Protargol in 5 bis 10%iger Lösung. *Hopf-Dresden.*

Blennorrhoische Conjunctivitis mit Beteiligung der Schleimhaut der Nase und der Oberlippe, von J. D. Kiser-Lexington. (*Louisville Journ.* April 1902.) Bei einer 15jährigen Negerin mit schwerer Blennorrhoe der Augen schwoll die Oberlippe derart an, dafs sie fast ektropioniert war, und die Schleimhaut der Lippe und der Nase secernierte gelbgrünen gonokokkenhaltigen Eiter. Die Conjunctivitis wurde in der üblichen Weise, Nase und Lippe mit antiseptischen Douchen und Sprays behandelt. Schon nach zwei Tagen besserte sich der Zustand. Doch ging Patientin drei Monate nach der Infektion an einer Mitralaffektion zu Grunde.

Levor-Hamburg.

Behandlung der Blennorrhoe des Thränenkanals, von MORISOT-Tarbes. (*Indépend. méd.* 1901. No. 23.) Verfasser behandelt die chronische blennorrhoische Dacryocystitis mit Injektionen einer Lösung von gleichen Teilen frisch gekochten sterilisierten Wassers und Salzsäurelösung (12 Volumenprozent). Die zweite Injektion steigt mit der Konzentration, und nach vier Einspritzungen wird die reine Salzsäurelösung von 12 Volumenprozent injiziert. Das geschieht dreimal in der Woche. Dazwischen spritzt Verfasser folgende adstringierende Lösung ein: Ac. tannic. 0,1, Glycerin. neutr. 4,0, Aq. dest. coct. 6,0. *Hopf-Dresden.*

Blennorrhoische Synovitis bei einem Kinde, von R. W. INNES SMITH. (*Brit. med. Journ.* 7. Juni 1902.) Ein 2 Tage altes Kind zeigte die Anzeichen einer blennorrhoischen Ophthalmie. Die Mutter des Kindes gab an, daſs sie seit einigen Monaten an Scheidenfluſs leide, daſs ihr Mann ein halbes Jahr vorher an Blennorrhoe erkrankt gewesen sei. Fünfzehn Tage nach der Geburt bekam das Kind eine deutlich ausgesprochene Synovitis des rechten Kniegelenks, die zweifellos blennorrhoischer Natur gewesen ist. Derartige Fälle sind auſserordentlich selten. *C. Berliner-Aachen.*

Verschiedenes.

Die Wichtigkeit der Diagnose der Hautkrankheiten sowohl im allgemeinen wie in Bezug auf spezielle Krankheiten, von ISODORE DYER-New Orleans. (*Med. News.* 27. Sept. 1902.) Allgemein gehaltene Betrachtung über obiges Thema, welche folgende drei Kardinalpunkte bei der Diagnose der Hautkrankheiten hervorhebt: 1. Das Wichtigste ist die Lokalisierung; 2. die Art der Verteilung auf der speziellen Körpergegend, wo die Hautkrankheit sitzt, und 3. die Zusammensetzung der eigentlichen Affektion. Daneben werden eine Reihe von folgenden Punkten zur diagnostischen Richtschnur angeführt. Hauteruptionen, welche bilateral symmetrisch angeordnet sind, werden entweder durch eine Konstitutionskrankheit verursacht oder sind an beiden Seiten des Körpers der identischen lokalen Ursache ausgesetzt. Parasitäre Krankheiten lokalisieren sich mit Vorliebe an der Flexorenseite oder an den exponierten Teilen des Körpers. Je chronischer im Verlaufe die Krankheiten der Haut sind, desto tiefer ihre Farbe, andererseits je heller und lebhafter die Farbe, um so akuter das Leiden. Schuppen, ebenso wie Geschwüre und Narben sind das Zeichen chronischen Verlaufs. Einzelne Geschwüre sind beinahe immer syphilitischer, traumatischer, trophischer oder bösartiger Natur; multiple Geschwüre sind entweder tuberkulöse, syphilitische oder maligne. Geschwüre im Gesicht haben selten andere Ursachen als Krebs, Syphilis oder Tuberkulose. Die Farbe der Eruption ist bei der kaukasischen Rasse immer von diagnostischer Wichtigkeit. Syphilis ist pigmentiert braun oder rotgelblich, wenn seine Eruptionen verschwinden. Lichen ruber ist immer violett oder weiſs, Ekzema seborrhoicum rotgelb mit fettigen Schuppen. Auch der Geruch ist hei Hautkrankheiten wichtig: Syphilis, wenn ulcerierend, riecht ranzig, Favus nach Mäusen, variköse Geschwüre riechen süſslich, Ulcus rodens hat einen Geruch nach faulem Fleisch. (Mit dem Geruchsinn allein dürfte wohl kaum die exakte Diagnose möglich sein. Ref.) *Stern-München.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 36. № 2. 15. Januar 1903.

Über generalisierte Xanthome, besonders das Xanthom „en tumeurs“.

Von

Dr. RICHTER,
Assistenzarzt an Dr. UNNAS Klinik.

Mit einer Abbildung im Text.

Die Literatur, welche die als Xanthom oder Xanthelasma bezeichnete Dermatose gezeitigt hat, ist recht umfangreich. Schon das beweist, wie mannigfaltig das Bild der Krankheit ist, und wie sehr die Ansichten der einzelnen Autoren auseinandergehen.

Es gilt das von der Klinik, besonders aber von der Histologie des Xanthoms. Die Beobachtungen und die daraus gezogenen Schlüsse weichen nicht nur stark von einander ab, sondern weisen vielfach unvereinbare Widersprüche auf.

Der Güte des Herrn Dr. UNNA verdanke ich die Überweisung zweier Fälle von Xanthoma multiplex, sowie einige noch nicht verarbeitete, in Alkohol absolutus gehärtete, excidierte glykosurische Xanthelasmata.

Diese sowohl wie verschiedene Tumoren der beiden genannten Fälle untersuchte ich mikroskopisch.

Von den beiden mir zugewiesenen Fällen verdient vor allem der erste, ein Xanthoma multiplex en tumeurs, veröffentlicht zu werden. Auch der zweite, ein Xanthoma multiplex tuberculosum et tuberosum, bietet manches Interessante.

Ich lasse kurz die klinischen Daten folgen:

Käthe A., $^3/_4$ Jahre alt, stammt von gesunden Eltern. Geschwister sind nicht vorhanden. Aus der Verwandtschaft ist kein Fall von Xanthom oder einer sonstigen auffälligen Hautkrankheit bekannt.

Die kleine Patientin selbst war anfänglich stets gesund, bis im Alter von 3 Monaten auf der Stirn und dem behaarten Kopf mehrere rundliche, frisch rote, pfennig- bis markstückgrofse, derbe Efflorescenzen auftraten, deren Gestalt einem flachen Kugelabschnitt entsprach, und die eine glatte, glänzende Oberfläche hatten. Die Mutter der Patientin gibt

an, daſs die Affektionen ihrem Aussehen nach wohl von Insektenstichen herstammen konnten. Ein Teil dieser Gebilde verharrte zunächst längere Zeit in dem geschilderten Zustande, während andere eine eigenartige Erscheinung darboten: sie flachten sich unter gleichzeitiger Vergröſserung ihrer Basis ab, oder — umgekehrt — sie wölbten sich nicht unerheblich hervor, während gleichzeitig ihre Basis kleiner wurde.

Ob die Efflorescenzen spontan oder auf Druck schmerzhaft waren, oder ob sie juckten, läſst sich nicht mehr eruieren. Bestanden derartige Beschwerden, so müssen sie sehr gering gewesen sein, da nach den Angaben der Mutter, die ihr Kind sorgfältig beobachtete, dieses nie Unbehagen zeigte, sich auch nicht kratzte. Auch objektiv war das Allgemeinbefinden in keiner Weise gestört.

Im Verlauf der nächsten Monate traten die beschriebenen Affektionen auch am Rumpf und den Extremitäten auf. Gleichzeitig nahmen die älteren, zuerst entstandenen, allmählich eine andere Beschaffenheit an. Sie grenzten sich scharf gegen die gesunde Umgebung ab, wurden weicher, später uneben, und zeigten einen immer mehr ins Gelb-Bräunliche spielenden Farbenton. Dasselbe Schicksal widerfuhr bald den jüngeren Efflorescenzen.

Bei der Aufnahme in die Klinik am 14. April bot die Patientin folgendes Bild dar:

Das kräftige, gut genährte Mädchen hat eine helle Hautfarbe und blondes Haar. Die Organe sind sämtlich gesund, im Harn keine pathologischen Bestandteile nachweisbar.

Auf dem behaarten Kopf und im Gesicht, besonders auf der Stirn, sind Tumoren in gröſserer Menge, am übrigen Körper in geringerer Zahl bemerkbar. Die mit der Haut verschieblichen Geschwülste, deren meist kreisrunde Basis pfennig- bis zweimarkstückgroſs ist, überragen das Niveau der Haut halbkugelig und sind gleichzeitig einige Millimeter in die Cutis versenkt, denn der tastende Finger, welcher unter mäſsigem Druck über die gesunde Haut hinfährt, sinkt am Rande eines jeden Tumors ein wenig unter das umgebende Hautniveau. Dieser Rand ist um die ganze Geschwulst herum ziemlich deutlich abtastbar. Die Farbe der Tumoren ist ein mattes Gelbbraun, das vielleicht am besten mit „rehbraun" bezeichnet wird. Ihre Konsistenz ist weich-elastisch; die Oberfläche der kleineren ebenmäſsig glatt, die der gröſseren uneben und vielfach central deutlich gedellt. Letzere mit ihrem halbkugeligen, höckerigen, gelbbraunen Aussehen erinnern lebhaft an Makronen.

Der Stirn sitzen sieben Geschwülste, dem behaarten Kopf acht auf. Weitere zehn befinden sich im Gesicht und an den Ohren. Ein etwa erdbeerengroſser Tumor am Kinn ist deutlich gestielt. Am ganzen übrigen Körper wurden noch siebzehn gezählt, deren gröſsere Menge an den Ex-

tremitäten, und zwar hauptsächlich an den oberen, die übrigen auf dem Rücken sich befinden, während Brust und Bauch fast frei sind. Die gröſsten sitzen nur der Stirn und dem behaarten Kopf auf, alle am übrigen Körper befindlichen sind wesentlich kleiner. Es sind also die gröſseren stets die älteren.



Das von der Mutter angeführte Kleinerwerden einiger Geschwülste mit gleichzeitiger stärkerer Hervorwölbung über das Hautniveau, ebenso wie der umgekehrte Vorgang, wurde während des 14tägigen Aufenthalts in der Klinik nicht beobachtet. Dagegen hatten sich plötzlich im Verlauf weniger Tage einige mittelgroſse Tumoren auf der Stirn — ohne eine Vergröſserung ihrer Basis — so abgeflacht, daſs von einer über die Haut hervorspringenden Geschwulst kaum noch die Rede sein konnte. Die Eindrückbarkeit und die Elastizität blieben bestehen. Es waren also flache, in die Haut versenkte Tumoren.

Der zweite Fall, den mir Herr Dr. Unna gütigst zur Verfügung stellte, betrifft einen 45jährigen Kaufmann, dessen Vater viel an Furunkulose, aber nicht an Diabetes gelitten hat, und vor längerer Zeit gestorben ist. Die Todesursache ist unbekannt. Die Mutter ist lange herzkrank gewesen und an Herz- oder Gehirnschlag gestorben (Arteriosklerose?). Diabetes bestand angeblich nicht. Ein Bruder leidet an Flechten, zwei

andere Brüder, die in Amerika leben, haben viel mit Flechten, vielleicht auch Furunkulose zu tun, doch ist Genaueres über sie nicht bekannt. Eine Schwester der Mutter ist an Diabetes zu Grunde gegangen.

Der Patient selbst hat als Soldat an Diphtherie und vor vier Jahren an Bartflechte gelitten. Sonst will er nicht krank gewesen sein.

Vor 15 Jahren hat er eine papulöse Efflorescenz auf dem Kopf gehabt, die beim Kämmen häufig wund wurde, und welche er sich später operativ entfernen liefs. Patient hat das Geschwülstchen für eine Warze gehalten. Der Arzt hat sich nicht geäufsert. Vor etwa acht Jahren bemerkte er am linken inneren Oberschenkel wieder einen kleinen Tumor, den er gleichfalls für eine Warze hielt. Auch sie wurde operativ entfernt. Der Arzt erklärte sie für „Blutschwamm". Auf ganz derselben Stelle begann nun vor vier Jahren von neuem sich eine Geschwulst zu bilden, die sehr langsam wuchs und sich jetzt als Xanthom herausstellt. Zur selben Zeit zeigten sich auf den Ellenbogen eine Anzahl kleiner gelber Knoten, die langsam gröfser wurden und allmählich eine mehr rote Farbe annahmen. Vor zwei bis drei Monaten bemerkte der Patient Knötchen von demselben Aussehen oberhalb des linken Ellenbogens auf einer Stelle, wo er vor vier Jahren eine Flechte gehabt haben will. Etwa zur selben Zeit wurden schliefslich die Hände befallen.

Bei der Aufnahme in die Klinik konnten wir folgendes konstatieren:

Der kleine, untersetzte, kräftige, etwas fette Patient hat dunkles Haar und eine dunkle Hautfarbe. Die Organe sind gesund, nur im Harn ist ½ ‰ Albumen, doch kein Saccharum nachweisbar.

An dem linken inneren Oberschenkel befindet sich eine zehnpfennigstückgrofse, ein wenig in die Haut versenkte und das Niveau der Umgebung dammsteinartig um etwa fünf Millimeter überragende, derbe, gut verschiebliche Geschwulst. Ihr Rand ist rötlich-gelb und ringsum etwas emporgewölbt im Verhältnis zu der centralen Partie, welche eine schiefergraue Farbe zeigt. Der Tumor ist also flach gedellt.

Den beiden Ellenbogen sitzt eine Gruppe von zum gröfsten Teil konfluierten, halbkugeligen, derben, roten, leicht verschieblichen Geschwülsten auf. Sie sind leidlich elastisch, etwas in die Cutis versenkt und haben eine glatte, matte Oberfläche. Jede Gruppe besteht aus sechs bis sieben Tumoren, deren Gröfse zwischen der eines Zehn- und Fünfpfennigstückes schwankt.

Oberhalb des linken Ellenbogens befindet sich eine weitere Gruppe von etwa 20 stecknadelkopf- bis linsengrofsen, derben, verschieblichen, meist roten, zum Teil gelben Knötchen, die ziemlich dicht aneinander liegen.

Kleine Tumoren von ganz derselben Beschaffenheit, nur dafs sie fast alle rot sind, bedecken das Gesäfs und die hintere obere Partie der Oberschenkel. Es mögen im ganzen 40 sein.

Schliefslich sind die Handflächen befallen, und zwar befinden sich dort erstens hie und da vereinzelt ein strohgelbes Knötchen — wie oben beschrieben —, und zweitens in fast allen Gelenkfalten der Finger ziemlich harte, gelbe, schwer verschiebliche Knötchen und Wülste, letztere offenbar durch Konfluenz von Knötchen entstanden. Diese allein genieren den Patienten, da sie die Beweglichkeit der Finger herabsetzen und schmerzhaft machen.

Sämtliche als rot beschriebene Knötchen und Tumoren zeigen auf Druck mit dem Diaskop eine deutliche centrale Gelbfärbung.

Vorstehenden klinischen Daten füge ich einige Worte über die Therapie bei, welche bei Käthe A., dann auch bei Herrn C. zur Anwendung kam. Es veranlafst mich dazu ein Bericht, der soeben — kurz vor Abschlufs der Arbeit — vom Vater der Käthe A. über das Befinden seiner Tochter eingeht. Herr A. schildert in sehr klarer Weise, welchen Erfolg die verschiedenen, hier in der Klinik versuchten Behandlungsmethoden, die zum Teil zu Hause fortgesetzt wurden, gehabt haben.

Eine Reihe chemischer und physikalischer Eingriffe waren es, die bei Käthe A. vorgenommen wurden, um das Fett der Geschwülste zu lösen und zur Resorption zu bringen.

Einige von ihnen wurden mit Ichthyol-Collodium bepinselt, andere mit dem Rasiermesser flach abgetragen und die Wundflächen mit verdünntem Ichthyol feucht verbunden. Letzteres geschah auch mit dem am Hals sitzenden gestielten Xanthom, nachdem es mittels Paquelin abgetragen war. Bei mehreren Tumoren kam UNNAs Mikrobrenner zur Anwendung. In zwei wurde je ein Tropfen Ichthyol. pur. injiziert, und eine gröfsere Anzahl erhielten einen Alkohol-, Benzin- oder Spiritus aethereus-Dunstverband, um durch die Oberhaut hindurch fettlösend zu wirken. Schliefslich wurden einige Xanthome mit Äthylchlorid besprayt, die entstehenden Blasen geöffnet und die Prozedur wiederholt. Die Vermutung, dafs der Blaseninhalt fettiger Natur sei, fand durch das Mikroskop ihre Bestätigung. Er erwies sich als eine klare Flüssigkeit, in der massenhafte kleine glänzende Kügelchen suspendiert waren, die sich mit Osmiumsäure braun färbten.

Von gutem Erfolg war, wie schon der 14 tägige Aufenthalt in der Klinik zeigte, die flache Abtragung der Tumoren mit folgender Ichthyolapplikation und der Äthylchlorid-Spray. Am besten aber hatte mehrfaches Einstechen mit dem Mikrobrenner gewirkt. Die übrigen Mafsnahmen hatten die Geschwülste nicht beeinflufst.

Der Vater der kleinen Patientin berichtet uns nun jetzt, dafs alle Xanthome, die hier mit dem Rasiermesser flach abgetragen und mit feuchten Ichthyolverbänden nachbehandelt wurden, geschwunden sind.

Bei den meisten sind die Narben glatt, hautfarben und nicht mehr zu fühlen, bei anderen dagegen noch dunkelrot, hart und prominent.

Von den mit dem Mikrobrenner behandelten Tumoren sind einige ganz unter Zurücklassung blauroter Narben geschwunden, einer ohne sichtbare Narbe. Ein anderer ist nur teilweise beseitigt und einer sogar zur alten Gröſse wieder angewachsen, nachdem er sich bereits verkleinert hatte.

Die Kompressen mit fettlösenden Flüssigkeiten haben die Xanthome in keiner Weise beeinfluſst.

Der Chloräthylspray und die Injektion von purem Ichthyol haben vorübergehende Veränderungen in der Beschaffenheit der Geschwülste hervorgerufen, aber sie nicht zum Schwinden gebracht.

Die gar nicht behandelten Xanthome sind teils unverändert geblieben, teils flacher geworden.

Der Vater, der Tierarzt ist, hat nun zu Hause selbst die hier angewandten Methoden — abgesehen von der Abtragung — weiter versucht. Im allgemeinen sind seine Resultate dieselben, wie wir sie in der Klinik hatten.

Bezüglich des Herrn C., der erst vor kurzem nach nur zehntägigem Aufenthalt die Klinik verlassen hat, ist von Dauererfolgen noch nichts zu berichten.

Das Xanthom am Schenkel wurde radikal entfernt, die Wunde jedoch nicht genäht, um die Abstoſsung eventueller Geschwulstreste zu ermöglichen. Unter Quecksilber-Karbol-Pflastermull schossen nach kurz anhaltender serös-eitriger Absonderung frische Granulationen auf. Die Ellenbogen-Tumoren wurden beiderseits flach abgetragen und die Wundflächen auf der einen Seite mit Quecksilber-Karbol-Pflastermull, auf der andern mit stark verdünnter Kalium causticum-Lösung — um die Fettreste zu verseifen — nachbehandelt, zwischendurch noch mit Äthylchlorid gesprayt. Auch hier traten bald gute Granulationen auf.

Bei allen übrigen Knoten kam der Mikrobrenner und der Chloräthylspray zur Anwendung, doch mit nur mäſsigem Erfolg.

Es scheint demnach, daſs, abgesehen von der Totalexstirpation, die flache Abtragung in allen Fällen zur Heilung führt, wenn die Wundfläche mit Ichthyol, Quecksilber-Karbol-Pflastermull oder auch Kalium-causticum-Lösung weiter behandelt wird.

Mit dem Mikrobrenner, dessen Anwendung so auſserordentlich bequem und einfach ist, hat man zweifellos bei weichen Xanthomen gute Erfolge. Bei derberen Geschwülsten, wie sie Herr C. aufwies, konnte — wenigstens während des kurzen Aufenthalts in der Klinik — ein wesentlicher Einfluſs nicht konstatiert werden.

Aus vorstehenden Krankengeschichten erhellt ohne weiteres die groſse Verschiedenheit beider Fälle.

Beim Anblick der Käthe A. mufsten jedem Kenner des internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten die Abbildungen einfallen, welche THIBIERGE einem dort beschriebenen Fall von Xanthoma juvenile familiare beifügt. Bis auf Kleinigkeiten, auf die weiter unten eingegangen wird, decken sich klinisch beide Fälle vollkommen.

Nach Analogie von BESNIER und DOYON bezeichnet THIBIERGE seinen Fall als Xanthome en tumeurs, um die ganz eigenartige Geschwulstbildung zu charakterisieren, die auch wir fanden und oben dahin beschrieben haben, dafs vereinzelt hie und da ein wirklicher Tumor sichtbar ist, der besondere Eigentümlichkeiten aufweist.

Ein ganz anderes Bild bot Herr C. dar, bei welchem meist zahlreiche kleine Knoten die Haut derart bedecken, dafs oft ganze Körperteile damit übersäet sind. An gewissen Prädilektionsstellen, wie an den Ellenbogen, stehen die Geschwülste besonders dicht und bilden ganze Gruppen.

BESNIER und DOYON haben, wie erwähnt, zuerst von einem Xanthom en tumeurs gesprochen. Sie nennen die einfach hervorstehende Form (Xanthoma papulosum, papulo-tuberculosum, tuberculosum und tuberosum) Xanthome saillant, dagegen Formen, bei denen es zu mandel-, nufs- und hühnereigrofsen echten Geschwülsten kommt, die sogar gestielt sein können, Xanthomes en tumeurs.

Denselben Ausdruck brauchen später noch eine Reihe anderer Autoren. KÖBNER nennt diese Xanthomspecies Xanthoma mollusciforme oder, wenn die Tumoren gestielt sind, mollusciforme pendulum. GEYER z. B. hält eine besondere Benennung für unnötig. Zulassen will er sie aber für den BESNIERschen Fall, welchen er als „recht einzigartig“ bezeichnet, wohl um anzudeuten, dafs er selbst solche allerdings seltenen Fälle zu sehen keine Gelegenheit hatte.

Im Gegensatz zum Xanthoma tuberculosum und tuberosum möchte ich auf Vorschlag des Herrn Dr. UNNA die vorliegende Xanthomspecies Xanthoma tumefactum benennen, eine Bezeichnung, die wohl am ehesten das „Xanthome en tumeurs“ der Franzosen wiedergiebt.

Die klinische Diagnose „Xanthom“ wurde in unseren beiden Fällen durch das Mikroskop bestätigt. Um kurz das vorweg zu nehmen, was die Geschwülste als Xanthelasmata charakterisiert, so zeigten die in Alkohol absolutus gehärteten Präparate, dafs der Tumor aus Bindegewebe und Bindegewebszellen bestand, die zum Teil normal waren, zum Teil aber Veränderungen erlitten hatten. Beherrscht wurde das Bild von grofsen Zellen, deren Protoplasma einen feinen Wabenbau aufwies. In den osmierten Präparaten lagen überall an Stelle der ganzen oder eines Teiles der Wabenzellen Konglomerate feinster schwarzbrauner Fetttröpfchen, welche die Füllung für die Lumina der Waben abgaben.

Ehe ich auf die teilweise vorhandenen Riesenzellen und auf alle weiteren Details komme, gehe ich auf diejenigen neueren Autoren ein, welche sich mit der Histologie des generalisierten Xanthoms eingehender beschäftigt haben.

Als erster beschreibt CHAMBARD die mikroskopischen Bilder näher. Er hat beim Xanthoma planum, tuberculosum und tuberosum im allgemeinen dieselben Veränderungen gefunden. Übrigens hat er auch das makulöse Xanthelasma generalisiert gesehen.

Nach ihm handelt es sich um eine Proliferation von Bindegewebszellen und eine Neubildung von Bindegewebe im Bereiche der ganzen Geschwulst, hauptsächlich aber um die Gefäfse, die Schweifsdrüsen und die Nerven. Gleichzeitig existiert eine Neigung zur fettigen Degeneration der vorher bestehenden Zellen sowohl wie auch der Neubildung selbst.

Nach dem Grade des Überwiegens der fettigen Zelldegeneration bestimmt sich die klinische Form des Xanthelasmas, so dafs das Xanthoma planum nur eine trübe Schwellung der Bindegewebszellen zeigt, während es beim Xanthoma tuberculosum zur fettigen Infiltration der Zellen kommt.

Ausführlicher beschreibt diese fettige Degeneration BALZER, der die histologische Seite eines von BRACHET und MONNARD mitgeteilten Falles von Xanthome en tumeurs bearbeitet hat.

Die gröfsten Tumoren, die BRACHET und MONNARD beobachteten, hatten einen Durchmesser von 6 cm. Ebenso grofs war ihre Erhebung über das Hautniveau.

Mikroskopisch finden sich nach BALZER die Geschwülste zusammengesetzt aus Zellen und Bindegewebe und zwar in der Weise, dafs die peripheren Teile fast ganz aus zelligen Elementen bestehen, je mehr man sich aber dem Centrum nähert, desto weniger Zellen, desto mehr Bindegewebe findet man, zwischen dessen Bündel die Zellen in Gruppen und Reihen angeordnet liegen.

Eine grofse Zahl dieser Zellen befindet sich im Zustand der fettigen Degeneration. Sie verläuft in verschiedenen Stadien, die man am besten an der Peripherie beobachten kann. Das Protoplasma zeigt zunächst feinkörnige Granulierung, die Zelle verliert ihre regelmäfsige Form, und häufig gehen scheinbar mehrere Zellen ineinander über, so dafs ein derartiger Komplex mit seinen in dem granulierten Protoplasma verstreuten Kernen den Eindruck einer Riesenzelle macht. Weiterhin atrophiert der Kern und schwindet allmählich, um feinen Fetttröpfchen Platz zu machen, die bald die ganze Zelle einnehmen. Das Endresultat der Degeneration ist freies Fett in Form kleinster Tröpfchen oder fettsaurer Kristalle.

Neben dieser Degeneration findet BALZER aber auch noch entzündliche Erscheinungen, besonders in der Umgebung der Gefäfse, in Gestalt

von Bindegewebsproliferation und Ansammlungen von „Cellules embryonnaires".

Kurz teilt PÖNSGEN einen Fall von Xanthoma multiplex mit.

Bei dem jetzt 12jährigen Knaben bildeten sich seit dem achten Lebensjahre an verschiedenen Stellen unter der Haut verschiebbare, derbe Tumoren, die anfangs für Lipome oder Fibrome gehalten wurden. Mit 10 Jahren erkrankte der Patient an einer Xanthelasma-Eruption in Form gelber Flecke und Knötchen. Die mikroskopische Untersuchung eines der obigen excidierten Tumoren, welche nun vorgenommen wurde, ergab auch für diesen die deutliche Diagnose „Xanthom", woran bei der Gröfse der Geschwülste (7 und 11 cm) nicht gedacht war. Man fand allenthalben kolossale Bindegewebswucherung mit eingestreuten mit Fett infiltrierten Zellen.

SCHWIMMER hat einen von HERTZKA berichteten Fall mikroskopisch untersucht. Als HERTZKA den Patienten zuerst sah, konstatierte er eine seit 6½ Jahren bestehende Leberaffektion, die sich später als Cirrhose herausstellte. Nach einem Jahre sah er den Kranken wieder, und nun zeigte dieser eine deutliche Xanthelasma-Eruption in Gestalt linsengrofser Knötchen. Ganz zuletzt war eine tuberöse Geschwulst hinzugetreten. Nach Angabe des Patienten flachten sich die Knötchen allmählich mehr ab.

SCHWIMMER hat bei den verschiedenen Tumoren, die der Fall aufwies, mikroskopisch dieselben Veränderungen gefunden. Sie setzten sich zusammen aus einem bindegewebigen Balkenwerk mit konzentrischer, stark verdichteter Wandung. In die Hohlräume dieses Balkenwerkes sind die xanthomatösen Elemente eingelagert, welche aus gequollenen, kleine gelbliche Fetttröpfchen enthaltenden Zellen bestehen. In den Bindegewebsbündeln selbst hat SCHWIMMER gelblich-rote Pigmentschollen und hyaline Fasern gefunden.

Sehr exakte histologische Untersuchungen hat TOUTON angestellt. Ich beschränke mich hier in der Hauptsache auf seinen Fall VIII „Xanthoma tuberosum multiplex".

Die Affektion, welche vor noch nicht drei Monaten begonnen hat, besteht aus stecknadelknopf-, hanfkorn- bis erbsengrofsen Knötchen von blafsgelber bis citronengelber Farbe. Ihre Konsistenz ist derb, die Oberfläche glatt, ohne Delle.

Schon makroskopisch sieht man beim Durchschneiden der Geschwülste, dafs es sich um elliptische Einlagerungen in die Cutis handelt.

Bei mikroskopischer Betrachtung zeigt sich, dafs der Tumor aus eigenartigen Elementen besteht, welche in den Maschen des auseinandergedrängten und rarefizierten cutanen Bindegewebes liegen. Diese Elemente werden gebildet:

1. Durch Vermehrung der Bindegewebszellen, die sich vergrößert haben zu großen Xanthomzellen mit zahlreichen, unregelmäßig im Protoplasma umherliegenden Kernen. Alle diese Zellen enthalten massenhafte Fetttropfen, welche sich auch zwischen den Bindegewebsbündeln verbreiten.

2. Durch eine große Menge von runden, länglichen und spindelförmigen Zellen, die das Volumen der normalen Bindegewebszellen nur wenig überschreiten.

3. Durch Riesenzellen, und zwar nicht gewöhnliche Riesenzellen, bei welchen die zahlreichen in einen regelmäßigen Ring gestellten, länglichen Kerne der Membran anliegen oder sich doch in deren Nähe befinden, sondern als Riesenzellen, welche zwischen diesem Kernring und der Membran eine breite, mit Fetttropfen erfüllte Zone aufweisen, die nach Fettextraktion das fädig-körnige Aussehen der Xanthomzelle annimmt.

Die Randpartien des Tumors zeigen deutlich, daß diese drei genannten Zellarten alle von den normalen spindel- oder sternförmigen Bindegewebskörperchen mit ihren eng an den Kern angeschmiegten Membranen oder den Endothelzellen der interfascikulären Lymphräume abstammen. Deutliche Übergänge von der einen Form zur andern sind hier überall wahrnehmbar.

Die eigentliche Xanthomzelle definiert TOUTON als Zelle mit scharfer Membran, feinkörnigem oder fädig-körnigem Inhalt und großem, rundlichem oder ovalem Kern resp. Kernen. Diese einzelnen Bestandteile sind verdeckt durch dichtgedrängte Fetttropfen. Ihre Größe schwankt von der einer Epithelzelle bis einer größten Riesenzelle, wie sie bei Sarkomen vorkommt, die Zahl der Kerne zwischen 1 und 30. Zwischen der Membran und dem fein granulierten Inhalt findet sich ein heller Ring.

Eine besondere Abart bilden die pigmentierten Xanthomzellen.

Nach Schwund der Membran kann das Protoplasma verschiedener Zellen scheinbar ineinander fließen.

Das faserige Bindegewebe scheint im Bereich der Geschwulst verringert zu sein. Über die Gefäße und Nerven ist besonderes nicht zu sagen. Irgendwelche Erscheinungen, die auf einen entzündlichen Prozeß deuteten, sind nirgends vorhanden.

Nach alledem ist TOUTON geneigt, sein Xanthoma tuberosum multiplex als multiples Rund-, Spindel- und Riesenzellen-Sarkom mit dem Charakter des Xanthoms zu bezeichnen.

KÖBNER leitet in dem einen von ihm beschriebenen Falle die Entstehung der Xanthome von vaskularisierten, pigmentierten Naevis ab. Die ungewöhnliche Lokalisation, welche er bei seinem Falle fand, die durchweg roten Farbentöne, welche erst auf Druck gelbe bis braune Einsprengungen zeigten, veranlassen ihn zu der Vermutung, daß es sich um kein gewöhnliches Xanthelasma handele.

Die Hautaffektion hat bei dem 27jährigen Patienten, soweit er sich der Angaben seiner Mutter erinnert, mit 2 Jahren in Gestalt roter Flecken begonnen.

Mikroskopisch hat Köbner einen als Angiom imponierenden Fleck, ein kleinstes Knötchen und eine bohnengroſse Geschwulst untersucht.

Der erstere ist nach seiner Beschreibung ein Naevus vasculoso-pigmentosus. Irgendwelche xanthomatösen Elemente hat Köbner darin nicht nachgewiesen.

Die beiden Tumoren sind Xanthome mit starker Kapillarentwicklung an ihrer Basis.

Die Xanthomzellen beschreibt Köbner wie die vorherigen Autoren. Sie sind bei der bohnengroſsen Geschwulst in ein netzförmiges Bindegewebsstratum eingelagert. Bei den kleinen Knötchen scheinen die Xanthelasmaelemente von Bindegewebe nicht durchkreuzt, sondern nur die ganze Geschwulst von der Umgebung durch einen bindegewebigen Wall getrennt zu sein. Pigment hat Köbner hier auffallend viel gefunden.

Schlieſslich beschreibt der Autor — leider nur klinisch — einen Fall, in welchem der Patient neben einer Reihe makulöser, papulöser und tuberöser Xanthelasmen eigenartige molluskenförmige Gebilde aufweist, die allerdings meist nur klein sind. Köbner hält die Tumoren für die gleichen wie die Xanthomes en tumeurs der Franzosen und schlägt, wie schon eingangs erwähnt, die Bezeichnung „Xanthoma mollusciforme", eventuell — wenn gestielt — „pendulum" vor. Wie lange die Gebilde bestehen, hat sich nicht mit Bestimmtheit eruieren lassen, die ältesten wohl ungefähr 20 Jahre.

Ebenso wie Köbner beschreiben Lehzen und Knauss eine Xanthomform, die sie vom Xanthoma tuberosum getrennt wissen wollen.

Der klinische Teil der Veröffentlichung ist von Lehzen bearbeitet. Er hat zwei Geschwister beobachtet, welche xanthomatöse Flecke, kleine Knötchen, wirkliche Knoten und schlieſslich wahre Geschwülste von Kastanien- bis Hühnereigröſse aufwiesen, und unterscheidet danach ein Xanthoma planum, tuberosum und en tumeurs.

Soweit aus der Krankengeschichte ersichtlich ist, haben die meisten Efflorescenzen Jahre zu ihrer Entwicklung gebraucht. Nur die als Xanthomes en tumeurs bezeichneten Geschwülste sind scheinbar verhältnismäſsig schnell gewachsen, wenigstens wird von einer der gröſsten mitgeteilt, daſs sie innerhalb dreier Monate entstanden sei.

Die histologischen Untersuchungen hat Knauss gemacht. Er bearbeitet den Fall, über den er ein Jahr vorher seine Doktor-Dissertation geschrieben hat, jetzt zum zweitenmal und sehr viel eingehender. Ich beschränke mich daher bei der Wiedergabe seiner Befunde auf diese zweite Arbeit.

Eine eingehende Schilderung gibt Knauss vom Xanthoma tuberosum, das sich unter dem Mikroskop als ein Gebilde erweist, in welchem die Bindegewebszüge der Cutis zu gröberen und feineren Balken auseinander treten, um einer fremden, kernreichen Gewebsmasse Raum zu geben. Wo die Geschwulst am mächtigsten entwickelt ist, reicht sie bis dicht unter die Stachelschicht. Hier ist das Bindegewebe, das im übrigen in anscheinend regellosen Zügen verläuft, zu zarten, zur Oberfläche der Haut senkrecht gerichteten, nur durch feine, quergerichtete Verbindungsfasern unterbrochene Lamellen — arkadenförmig — angeordnet.

Die xanthomatösen Massen bestehen in der Hauptsache aus Zellen, wie sie schon bei Touton beschrieben sind. Ein, mehrere oder viele Kerne liegen — verschieden verteilt — in einer protoplasmareichen Zelle, welche — ganz unregelmäſsig geformt — sich ihrer Umgebung vollkommen anpaſst. Oft ist eine deutliche Umgrenzung wahrnehmbar, oft geht auch das Protoplasma der einen Zelle unmerklich in das der andern über. Es ist fein granuliert und läſst sich bei entsprechender Vergröſserung als ein gleichmäſsiges Gerüstwerk zarter Fäden erkennen, in denen die Fetttröpfchen liegen.

Neben diesen Xanthomzellen finden sich die Toutonschen Übergangszellen.

Die übrigen Xanthomformen der Haut hat Knauss nicht mikroskopisch untersucht, dagegen geht er noch auf xanthomatöse Veränderungen des Endocards ein, wodurch sich der betreffende Fall auszeichnete. Er betont, daſs in manchen Schnitten der bindegewebige Charakter weitaus überwog, in vielen dagegen das beschriebene feine Netzwerk vorherrschte. Die letzteren Schnitte stammten stets von den gröſsten Tumoren.

Kurz kann ich über eine Arbeit von Gallemaerts und Bayet hinweggehen. Sie haben mikroskopisch nur das Xanthoma planum untersucht, das nach ihnen nie generalisiert vorkommt, und kommen auf das multiple Xanthelasma, das stets ein „Xanthome en tubercules“ sein soll, nur insofern, als sie mit Recht die Histologie der spezifisch xanthomatösen Elemente für die gleiche bei beiden Xanthomformen halten.

Wenn sie in ihren Xanthomzellen nur Pigment, aber kein Fett fanden, dürfte das seinen Grund darin haben, daſs sie ihre Präparate scheinbar nur in Alkohol härteten, welcher, wie sonst allgemein bekannt, sich zur Konservierung von Fett nicht eignet.

Die xanthomatösen Massen lagen auch hier in einem feinen Mosaik von Bindegewebsfibrillen.

Ähnliche Beobachtungen hat Ehrmann gemacht. Die Xanthomzellen beschreibt er ebenso wie die vorher genannten Autoren. Zwischen ihnen befinden sich Bindegewebszüge von ziemlicher Mächtigkeit, welche — sich feiner verzweigend — ein Netzwerk zwischen die Geschwulstzellen ein-

senden. Ferner konstatiert EHRMANN eine deutliche Vermehrung der Gefäfse, in deren Umgebung er meist eine kleinzellige Infiltration und die bekannten Übergangsformen von den normalen Bindegewebs- zu den Xanthomzellen findet.

EHRMANN sagt nicht, wie grofs die Tumoren waren, die er mikroskopisch untersuchte, doch handelte es sich, wie aus dem klinischen Teil der Arbeit hervorgeht, offenbar um papulöse oder tuberöse Xanthelasmata.

Ausführlich beschreibt ROBINSON einen Fall von Xanthoma diabeticum. Die Geschwülste, welche er beobachtete und histologisch untersuchte, waren stecknadelknopf- bis erbsengrofs und hatten eine derbe Konsistenz. Ihre Farbe war rot, nur die gröfseren zeigten eine centrale Gelbfärbung. Diese erschien auf Druck auch in der Mitte der kleineren. Sie konnte ihrem Aussehen nach einen Eiterungsprozefs vortäuschen. Die Knötchen waren zuerst an den Streckseiten aufgetreten, fanden sich aber später an allen möglichen Körperstellen, z. B. auch an den Waden. Spontan schmerzhaft waren sie offenbar nicht. ROBINSON führt nur an, dafs der Patient beim Umwenden im Bett Schmerz empfand, sonst hin und wieder Jucken.

Histologisch besteht die Neubildung aus normalem Bindegewebe, das durch Zellen, welche in den interfascikulären Lymphräumen liegen, in kleinere Bündel getrennt ist. Es sind wieder die schon bekannten Bindegewebs-, Übergangs- und Xanthomzellen. In der Mitte einiger Geschwülste hat ROBINSON Stellen ohne definitive Struktur und durchsichtiger als das übrige Gewebe gefunden, die sich nicht mit den Reagentien färbten. Er hält sie für fettig degeneriertes Gewebe. Deutlicher und ausgedehnter sind diese Partien in den gröfseren Geschwülsten, in deren Centrum vielfach nichts zu sehen ist, als eine hier und da durch elastische Fasern durchkreuzte, formlose granulöse Masse.

Pigment hat ROBINSON nicht nur in den Xanthomzellen, sondern auch in den Leukocyten der Gefäfse gefunden.

Letztere sind von Rundzelleninfiltration eingeschlossen und in der Umgebung der Tumoren eine Strecke weit dilatiert. ROBINSON erklärt daraufhin das diabetische Xanthom für eine Entzündungsgeschwulst.

Ohne sonst wesentliches zu berichten, betonen auch MC. CALL ANDERSON und RADCLIFFE CROCKER das reichliche Vorhandensein von Herden kleinzelliger Infiltration.

Zu bemerkenswerten Resultaten ist TÖRÖK gekommen. In seiner ausführlichen Arbeit geht er auf alle Fragen ein, die beim Xanthom aufgeworfen sind. Ich streife hier nur kurz einige Punkte, die uns am Schlusse interessieren werden.

TÖRÖK scheidet klinisch und histologisch scharf das vulgäre vom diabetischen Xanthom. Für ersteres acceptiert er die BESNIERsche Einteilung,

wonach es 1. plan, 2. papulo-tuberkulös oder tuberkulös oder 3. ein Xanthome en tumeurs sein kann. Das glykosurische Xanthom soll stets papulo-tuberkulös sein.

Die Xanthomzellen beschreibt Török wie Touton etc. Bezüglich der Verteilung des Bindegewebes konstatiert er, dafs sich Regeln nicht aufstellen lassen. Bei allen Formen findet man innerhalb der Geschwulst oft nur wenige zarte fibrilläre Bündel, oft eine so starke Bindegewebsentwicklung, dafs man von einem Fibro-Xanthom sprechen könnte.

Was die Herkunft der Xanthomzellen betrifft, so ist Török bemüht, die Virchowschen und Waldeyerschen Anschauungen zu begründen, wonach es sich um eine hyperaktive Proliferation von echten Bindegewebszellen handelt, die zur fettigen Umbildung geeignet sind. Es sind kongenitale, aus der embryonalen Zeit an verschiedenen Stellen der Haut persistierende, von Waldeyer Plasmazellen genannte Bindegewebszellen, die Toldt als Fettbildungszellen bezeichnet. Sie haben die Fähigkeit, sich mit Fett zu füllen, wieder erlangt, ohne zu echten Fettzellen zu werden, und bilden nun Tumoren.

Das Wort Tumor perhorresceiert Török für das vulgäre Xanthom wie für alle benignen Geschwülste. Nach seiner Ansicht haftet ihm der Geruch der Malignität an. Török dürfte mit diesem Gefühl allein stehen.

Beim vulgären Xanthelasma hat Török weder klinisch noch histologisch irgendwelche Anzeichen gefunden, die dafür sprächen, dafs es sich um einen entzündlichen Prozefs handelt. Anders steht es nach seinen Ausführungen mit dem diabetischen Xanthom.

Die Efflorescenzen, die immer papulo-tuberkulös sind, entstehen schnell und können ebenso schnell wieder schwinden. Sie sind schmerzhaft, haben oft einen geröteten Hof, sind selbst rot und erst später gelb. Sie sitzen stets an den Streck-, nie an den Beugeseiten.

Zur histologischen Untersuchung glykosurischer Xanthelasmata hat Török keine Gelegenheit gehabt. Er verläfst sich da ganz auf Robinson und führt alles ins Feld, was dieser an entzündlichen Anzeichen gefunden hat: Dilatation der Gefäfse, Rundzelleninfiltration und die centrale Umwandlung, bei der es sich um eine echte Degeneration handele, und welche scharf von der fettigen Metamorphose zu trennen sei.

Török scheidet also das nicht glykosurische Xanthom scharf vom glykosurischen. Ersteres ist eine einfache benigne Neubildung, letzteres eine Entzündungsgeschwulst.

Unna unterscheidet in seiner Histopathologie das Augenlid-Xanthom vom generalisierten Xanthom, dem er das diabetische zurechnet. Es haben ihm Präparate von einem tuberösen Xanthelasma des Ellenbogens (von Dr. Pollitzer-New York) und von einem glykosurischen Xanthelasma (von Dr. Robinson-New York) vorgelegen. Unna kommt auf Grund dieser

Präparate, welche sich fast vollkommen gleichen, zu ganz ähnlichen Resultaten wie der oben citierte ROBINSON, ohne aber von irgendwelchen entzündlichen Erscheinungen zu sprechen.

Die einzelnen kleinen Knötchen, welche sich in der Tiefe der Haut oder an der subcutanen Grenze entwickeln, und die von derbem, kollagenem Gewebe umgeben sind, bilden beim Ellenbogenxanthom eine kompakte Masse, während sie beim glykosurischen Xanthom — vielleicht wegen seines akuteren Wachstums — mehr zerstreut sind.

Daſs dies aber nicht die Regel ist, beweisen Präparate, welche UNNA von einem anderen diabetischen Xanthom 1898 in der biologischen Gesellschaft des ärztlichen Vereins in Hamburg demonstrierte. UNNA gibt hier in gedrängter Form eine Schilderung der Histologie des generalisierten Xanthoms, die alles Wissenswerte enthält, und welche es überflüssig erscheinen läſst, auf die in seiner Histopathologie gegebene Beschreibung der xanthomatösen Elemente einzugehen, da seine damaligen Befunde sich mit den hier mitgeteilten decken bis auf die unten erwähnten Fettkristalle, welche neu sind.

Makroskopisch zeigten die excidierten Geschwülstchen eine harte, in der Mitte nicht erweichte Schnittfläche, welche hellgelbe Herde inmitten rötlicher Kreise aufwies.

Mikroskopisch stellten sich die Tumoren als unregelmäſsige Konglomerate kleiner, kugelförmiger Herde dar, welche von einer relativ normalen, nur leichte entzündliche Erscheinungen aufweisenden Haut umgeben sind. Das Zentrum der Herde wird stets von einem Haufen garbenförmig zusammenhängender Fettkristalle gebildet, welche nur sehr schwer und in geringem Maſse die Osmierung annehmen. Darauf folgt eine Zone sehr stark vergröſserter Bindegewebszellen, die von leicht osmierbarem Fett in Tropfenform nach dem Typus der Talgdrüsen erfüllt sind, nach Entfernung des Fettes eine sehr regelmäſsige Wabenstruktur (Spongioplasma) erkennen lassen und gegen das Zentrum des Herdes hin häufig geplatzt erscheinen, so daſs ihr Inhalt mit dem freien Fett des Zentrums in Verbindung treten kann. Diese Zone wird stets von einer Schale von Bindegewebszellen umgeben, welche von kleinerer Gestalt und gestreckterer Form sind und nur eine geringe Menge gut osmierbarer Fetttropfen enthalten. Zu äuſserst liegt eine Schale verdickten und zellig infiltrierten Bindegewebes, welches die einzelnen Herde umschlieſst und zugleich die Septen des ganzen Konglomerates bildet.

Die kugelige Form, die konzentrische Struktur der Herde, die gestreckte Form der Zellen an der Peripherie, sowie die massige Anhäufung von freiem Fett im Innern besagen dasselbe wie die klinische Erfahrung, daſs sich die Geschwülstchen hart anfühlen und druckempfindlich sind. Alle diese Phänomene deuten darauf hin, daſs innerhalb der Herde ein

starker Druck herrscht, welcher sich aus der Ansammlung von schwer schmelzbaren, unnachgiebigen Fettmassen erklärt.

Weiter hören wir genaueres — auch in klinischer Hinsicht — über einen in seiner Histopathologie beschriebenen Xanthomfall, den UNNA als isoliert dastehend bezeichnet.

Es handelt sich um eine alte Frau, welche auf dem Oberschenkel und Bauch gelbbräunliche, leder- bis knorpelharte, von einer Rötung umgebene Herde aufwies, die sich im Laufe einiger Jahre in der Fläche und Tiefe bedeutend vergröfsert hatten. Sie waren bereits für Lepra gehalten worden. Da aber unter dem Diaskop die rein xanthomatöse Farbe zum Vorschein kam, die Patientin auch an anderen Körperstellen typische Xanthelasmata hatte, so wurde die Diagnose auf eine Varietät des Xanthoms gestellt, die man klinisch etwa als Fibro-Xanthom bezeichnen konnte.

Die mikroskopische Untersuchung der sklerotischen Partien ergab, dafs es sich um ein Riesenzellenxanthom handelte. Die zum Teil enorm grofsen und mit einer dichten, ringförmigen Kernzone versehenen, äufserst zahlreichen Riesenzellen, enthalten keine Xanthommasse im Innern, sondern sind in diese vielmehr eingebettet. Die ganz wie gewöhnlich beschaffenen xanthomatösen Elemente befinden sich — dicht geprefst — zwischen der Wand der grofsen Lymphspalten und den innerhalb dieser teils wandständig, teils frei liegenden Riesenzellen, die letzteren von allen Seiten umgebend. Von hier aus setzen sie sich ohne weiteres in ein diffuses, zellarmes und kernreiches xanthomatöses Infiltrat der Saftspalten der gesamten Haut fort. Das kollagene Gewebe zeigt eine starke Hypertrophie, welche die eigentümliche Härte der betreffenden Partien erklärt.

Ich schliefse hier, obwohl zeitlich erst noch andere Autoren zu nennen wären, die Arbeit von KRZYSZTALOWICZ an, welche die UNNAsche Definition des glykosurischen Xanthoms in allen Punkten bestätigt, und auf die ich deshalb nicht näher einzugehen brauche. KRZYSZTALOWICZ betont noch, dafs er die elastischen Fasern des Bindegewebes nirgends geschwunden oder vermindert fand. Er hebt ferner die verschieden starke Osmierung der verschiedenen Fettarten, speziell der Fetttröpfchen und Fettkristalle hervor. Schliefslich kommt er auf die Fettinfiltration und die fettige Degeneration und glaubt, dafs die theoretisch richtige Trennung faktisch nicht immer durchführbar sei.

Genaue histologische Untersuchungen liegen weiter von GEYER vor.

Sein Patient ist etwa vor einem Jahr erkrankt und weist jetzt zahlreiche, meist disseminierte, an einzelnen Stellen konfluierte, stecknadelknopf- bis linsengrofse Knötchen auf, die auf ihrer Höhe strohgelb sind, während die Ränder einen rötlich-gelben Saum zeigen.

Diese Geschwülstchen liegen im obersten Teil der Cutis einzeln oder zu mehreren, und sind dann durch schwache Faserzüge getrennt, welche das einzelne Knötchen konzentrisch umschliefsen. Unter solchen Knötchenkomplexen liegen auch noch in der Tiefe Herde.

Das Knötchen selbst, welches nie Kollagen führt, besteht aus den schon bekannten xanthomatösen Massen, die mit Vakuolen durchsetzt sind.

Bei den osmierten Präparaten ist auch GEYER die verschiedene Intensität aufgefallen, mit der sich das Fett schwärzte. Zu unterst in den Schnitten liegen die tief schwarzen Fettzellen der Subcutis, oben die grauschwarzen Xanthomzellen und in der Mitte die Fettzellen der Talgdrüsen, welche auch ihrem Farbenton nach in der Mitte zwischen den beiden obigen stehen.

Die Xanthomzellen beschreibt GEYER wie die übrigen Autoren, nur hat er in einzelnen zentral grofse, runde Fetttropfen gefunden, aber immer neben dem bekannten Fettstaub. Dafs es sich nicht um eine Degeneration handelt, schliefst GEYER aus den karyomitotischen Bildern, welche er hie und da in der Randzone der Knötchen gefunden hat.

Über Nerven und Gefäfse ist besonderes nicht zu bemerken.

Aus demselben Jahre stammt eine Arbeit von TÖPFER.

Der Patient, ein Diabetiker, von welchem die untersuchten Tumoren stammen, bemerkte deren erstes Auftreten vor zehn Jahren. Es handelt sich um halbkugelige Geschwülste von Linsen- bis Haselnufsgröfse, deren Oberfläche teils glatt, teils brombeerartig gefeldert erscheint. Die Peripherie ist hellrot, das Zentrum gelb. Auf Druck sind sie schmerzhaft.

Erwähnenswert ist, dafs während einer sechswöchentlichen Kur in Karlsbad eine rapide Involution der Geschwülste eintrat, die fast zehn Jahre bestanden hatten, ohne sich spontan zurückzubilden.

Mikroskopisch resumiert sich TÖPFER dahin, dafs der Tumor aus fibromatösen Strängen bestand, welche aus dem Bindegewebe der Haut ihren Ursprung nehmen. Von der fibrösen Grundlage genetisch verschiedene Xanthomzellen sind nicht nachweisbar. Der Tumor ist nicht entzündlichen Ursprungs.

Zu ganz ähnlichen histologischen Resultaten wie UNNA ist WALKER gekommen.

Bei der Patientin, die an Diabetes litt, hatte sich innerhalb weniger Monate ein multiples tuberkulöses Xanthom am Kopf und den Extremitäten ausgebildet. Die verschieden grofsen Knötchen waren blafsrot mit einem Stich ins Gelbliche. Ihre Basis war von einem kleinen, weifsen Epidermisring umgeben. Einige waren deutlich konisch und sahen mit ihren gelblichen Spitzen wie Pusteln aus. Die gröfseren konischen Knötchen zeigten einen roten Hof, welcher den kleineren und kleinsten fehlte.

Walker ist nicht der Ansicht, dafs der Zucker die Krankheit verursachte.

Die neueste bemerkenswerte Beobachtung stammt von Thibierge und bildet den Text zu einigen hervorragend schönen Chromotafeln im internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten. Der Fall hat, wie eingangs erwähnt, klinisch grofse Ähnlichkeit mit unserem Xanthoma tumefactum.

Es handelt sich um einen 23jährigen Mann, bei welchem die Krankheit im Alter von 8 bis 9 Jahren zuerst an den Knien und Ellenbogen sich zeigte.

Zur Zeit hat der Patient an den genannten Körperstellen ungefähr 1 cm über die Haut herverspringende Herde von unebener Oberfläche und rot-violetter Farbe. Sie enthalten eine Reihe gelber Knötchen. Die rote Farbe schwindet auf Druck, um einer gleichmäfsig gelben Platz zu machen.

Eine ähnliche Plaque sitzt der hinteren Fläche des Fufsgelenkes auf. An anderen Körperstellen finden sich Knoten, die von normal gefärbter Haut bedeckt sind und zum Teil auf Druck gelb erscheinen, und schliefslich noch eine Reihe gelber Knötchen.

Ähnliche, nicht so stark entwickelte xanthomatöse Neubildungen wies ein 18jähriger Bruder des Patienten auf, bei dem die Krankheit vor vier Jahren begonnen hatte.

Von diesem zweiten Fall hat Darier einen Ellenbogentumor histologisch untersucht.

Er besteht aus Läppchen, die durch stärkere Bindegewebszüge von einander getrennt sind, während die Läppchen selbst sich aus Zellen zusammensetzen, zwischen denen nur hie und da zartes Bindegewebe liegt. Letzteres ist rein kollagener Art, dagegen findet sich in den derberen Zügen normales Elastin.

Die eigentlichen xanthomatösen Elemente beschreibt Darier wie die vorgenanten Autoren. Abgesehen von den bekannten Übergangszellen hat er aber noch Riesenzellen gefundeu, die wie die Toutonschen aussehen sollen. Sie enthalten 10 bis 30 Kerne, welche häufig kranzförmig in der Nähe der Peripherie liegen oder auch an einem Pol zusammengedrängt sind.

Die Hornschicht fand Darier verdickt, die Stachelschicht normal. Nerven und Gefäfse zeigen keinerlei Veränderungen, nur scheinen in der Umgebung der letzteren die Xanthomzellen besonders zahlreich vorhanden zu sein.

Wenden wir uns jetzt zu unseren eigenen Untersuchungen.

Das Kind Käthe A. ist eine Repräsentantin des Xanthoma tumefactum resp. Xanthome en tumeurs.

Herr C. weist verschiedene Xanthomspecies auf: erstens die kleinknotige, zweitens die tuberöse Form und drittens eine Abart der letzteren.

nämlich die oben beschriebene, am linken Oberschenkel befindliche, dammsteinförmige Geschwulst mit rotgelbem, wallartig erhabenem Rand und zentraler, schiefergrau verfärbter Delle.

Von jeder dieser drei Xanthomarten, die sich bei Herrn C. fanden, wurden Stücke teils in Alkohol absolutus, teils in FLEMMINGscher Lösung gehärtet. Dasselbe geschah mit einigen von der Käthe A. gewonnenen Tumoren.

Zur Einbettung wurde Celloidin benutzt.

Schliefslich wurden die eingangs erwähnten, zur Verfügung gestellten Stücke eines Xanthoma tuberosum diabeticum verarbeitet, welche in absolutem Alkohol gehärtet und in Celloidin eingebettet waren.

Es liegen also vom Xanthoma tumefactum, vom nicht glykosurischen tuberkulösen und tuberösen Xanthelasma Alkohol- und Osmiumschnitte vor, dagegen vom Xanthoma diabeticum nur Alkoholschnitte.

Die Schnitte von den verschiedenen Geschwülsten, welche eine Dicke von 15 μ hatten, wurden, soweit sie von den Alkoholblöcken stammten, nach folgenden Methoden gefärbt:

Polychromes Methylenblau, Glycerin-Äther-Mischung;
Polychromes Methylenblau, neutrales Orceïn;
Polychromes Methylenblau, Anilin + Alaun;
Polychromes Methylenblau, rotes Blutlaugensalz;
Saures Orceïn;
Säurefuchsin + Pikrinsäure;
Säurefuchsin + Pikrinsäure und Vorfärbung mit Hämatoxylin;
Orceïn + Säurefuchsin;
Orceïn + Wasserblau.

Die Schnitte von den in FLEMMINGscher Lösung gehärteten Blöcken wurden zunächst ungefärbt in Glycerin oder Glycerin-Gelatine untersucht und dann nach folgenden Methoden gefärbt:

Saffranin;
Saffranin, Wasserblau + Tannin;
Orceïn + Wasserblau;
Orceïn + Wasserblau, Saffranin;
Polychromes Methylenblau, Glycerin-Äther-Mischung;
Polychromes Methylenblau, neutrales Orceïn;
Säurefuchsin + Pikrinsäure;
Säurefuchsin + Pikrinsäure und Vorfärbung mit Hämatoxylin.

Die Aufhellung der so gefärbten Schnitte in Bergamott-, Nelkenöl oder Xylol und ihre Einbettung in Canadabalsam erwies sich als unzugängig. Die meisten verloren schon im Öl die Osmierung, die übrigen nach kürzerer oder längerer Zeit im Balsam, auch wenn dieser mit Chloroform versetzt und unter Wiederverdunstung des letzteren über der

Flamme eingedickt war. Nur ungefärbte Schnitte vertrugen die Behandlung mit Öl und eingedicktem Canadabalsam. Versuche, die Schwärzung der Fettmassen in den gefärbten Präparaten durch Einbringen in starke Reducentien, wie Pyrogallol, das in Anilinöl gelöst war, zu erhalten, oder auch durch das photographische Ton-Fixierbad eine Art Vergoldung zu erzielen, fielen negativ aus.

Es wurde nun zur Einbettung in Gelatine und Glycerin-Gelatine geschritten, wohinein die Schnitte direkt aus Wasser kamen. Auch diese Präparate befriedigten nicht. Schliefslich stellte sich heraus, dafs eine leicht angesäuerte Lösung von Gelatine mit etwas Glycerin der Osmierung keinen Abbruch tat, besonders, wenn auch das Wasser, aus dem die Schnitte auf den Objektträger kamen, angesäuert war. Dauernd schöne Resultate gaben nur die Färbungen mit Saffranin und Saffranin-Wasserblau + Tannin. Alle übrigen oben genannten Methoden erwiesen sich für die osmierten Schnitte als mehr oder weniger unbrauchbar.

Die vielfach mifslungenen Färbungen haben Herrn Dr. Unna Veranlassung zu einer Reihe von Versuchen gegeben, die bereits mehrere gute Methoden gezeitigt haben. Ihre Veröffentlichung steht in Bälde zu erwarten.

(Fortsetzung im nächsten Heft.)

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Zur Differentialdiagnose zwischen Hyalin und Bacillenhüllen im Rhinoskleromgewebe.

Von

P. G. Unna.

Es ist den Lesern *dieser Zeitschrift* bekannt, dafs die freien Hyalinkugeln des Bindegewebes, die bei fast allen infektiösen Prozessen vorkommen, innerhalb von Plasmazellen aus deren Granoplasma entstanden und erst sekundär unter Zertrümmerung der Zellen frei geworden sind. Bei der Raumbeschränkung innerhalb der Zellen platten sich die Hyalinkugeln meistens gegenseitig ab und erscheinen daher facettiert; in diesem Zustande haben sie gar keine Ähnlichkeit mit irgendwelchen Organismen. Von der Zellhülle befreit, nehmen sie dagegen Kugelgestalt oder, falls sie vorher die seltenere Prismenform hatten, eine cylindrische Form an und ähneln dann gewissen Organismen, speziell denjenigen Bakterien, welche eine breite, homogene Schleimhülle um sich herum ausbilden, wie es

beispielsweise die Rhinosklerombacillen tun. Die gelegentliche Verwechslung von Hyalinkugeln und Bacillen war daher bei der Untersuchung des Rhinoskleroms bisher nicht völlig zu verhindern, um so weniger, als die Schleimhülle der Bacillen, die sog. Kapsel, bei den meisten Färbemethoden ähnliche Färbungen aufweist wie das Hyalin.

So viele gute Färbemethoden wir auch für das Hyalin besitzen,[1] wo dasselbe allein in Frage kommt, so gab es bisher doch keine, welche gleichzeitig das Hyalin gut und die Bacillen in einem überall deutlichen Kontrast zeigt. Die Gentiana-Jodmethoden beispielsweise färben Hyalin und Schleimhüllen gut; sehr selten aber kann man in den letzteren deutlich den Bacillenfaden in der Längsachse nachweisen und daher sind viele Schleimklümpchen dabei nicht von freien Hyalinkörpern zu unterscheiden. Um mit den Jodmethoden Bacillen und Bacillenschleim zu unterscheiden, mufste man schon das Gewebe in Osmiumsäure fixieren (ALVAREZ), dann hatte man eine Färbedifferenz zwischen violettem Bacillus und bräunlicher Schleimhülle und konnte auf diese Weise auch Bacillenklümpchen und Hyalinklümpchen differenzieren. Aber die Osmiumbehandlung führt andere Nachteile mit sich; vor allem eine zu grofse Dunkelheit des Gewebes, Unfärbbarkeit des Granoplasmas u. dergl. mehr.

In folgendem teile ich drei gute Methoden mit, welche an in Alkohol gehärtetem, jeder anderen Färbung zugänglichen Rhinoskleromgewebe, jedes isolierte Hyalinklümpchen von einem Bacillus mit Schleimhülle differenziert zeigen und dabei ebenso einfach wie sicher sind.

I. Pol. Methylenblau — rote Blutlaugensalzmethode.

1. Polychrome Methylenblaulösung 5 Min.
2. In Wasser gut abspülen.
3. 1%ige Lösung von rotem Blutlaugensalz. Man bringt die Schnitte mit der Platinnadel hinein und läfst sie ein, zwei Min. darin. Auch weiterhin ist, um Niederschläge zu vermeiden, eine Platinnadel zu verwenden.
4. In Wasser gut abspülen.
5. Saurer Alkohol (1% HCl) zur Entfärbung 1—2 Min.
6. Alkohol, Ol, Balsam.

Diese Methode wurde schon kurz von mir 1894 in obengenanntem Artikel angegeben. Sie zeigt den ganzen Schnitt schwach grauviolett gefärbt, also nahezu entfärbt. Nur Hyalin und Bacillen treten intensiver gefärbt hervor und zwar mit einer Randfärbung, die der Beizung mit rotem Blutlaugensalz eigentümlich ist. Das Hyalinklümpchen zeigt einen dunkelvioletten feinen Rand, einen ebenso gefärbten Kern und dazwischen eine bei weiterer Entfärbung sich verbreitende, ungefärbte Mittel-

[1] Siehe u. a. die sieben Methoden von mir (*diese Zeitschr.*: Hyalin und Kolloid, 1894, Bd. 19, S. 595) und die sieben Methoden von PELAGATTI: Blastomyceten und hyaline Degeneration (*Virchows Arch.*, 1897, Bd. 150, S. 247).

zone. Bei der polyedrischen Abplattung der Hyalinkörper in den Hyalinzellen machen diese violetten Bänder auch alle winkligen Knickungen des äufseren Konturs des einzelnen Körperchens genau konzentrisch mit, wodurch die ganze Hyalinzelle einer Kristalldruse ähnlich wird und jedenfalls eine so auffallende Färbung zeigt, dafs sie mit nichts anderem zu vergleichen ist. Bei den Bacillen hingegen ist nur die Randpartie gefärbt und zwar ganz unabhängig von der Dicke der entwickelten Schleimhülle. Stets umgibt ein feiner hellroter Saum alles, was einen Bacillus beherbergt, sei es ein nackter Bacillus oder einer mit dicker Schleimhülle oder ein grofser Schleimklumpen mit vielen Bacillen darin. Innerhalb dieses roten Saumes ist Bacillus und Bacillenschleim ganz entfärbt. Auch diese sonderbare, sonst unbekannte Randfärbung läfst die Bacillen nicht verkennen und von dem Hyalin stets sicher unterscheiden.

II. Pol. Methylenblau-Alkohol + Xylol-Anilin + Alaunmethode.

1. Vor der Färbung sind die Schnitte von Celloidin zu befreien.
2. Pol. Methylenblaulösung 2 Min.
3. In Wasser gut abspülen.
4. Auf dem Spatel mit Fliefspapier vom Wasserüberschufs befreien.
5. Alkohol absol. + Xylol aa. Der Schnitt wird, nur noch wenig feucht, mit dem Spatel rasch in die Mitte der Flüssigkeit gebracht und dann 1 bis 2 (!) Min. darin gelassen zur Entwässerung.
6. Xylol, zur Entfernung des Alkohols aus dem Schnitte, 1 Min.
7. Anilin + Alaunmischung ca. 20 Min., bei dicken Schnitten noch länger, zur Entfärbung.
8. Xylol, Balsam.

Alle wichtigen Gewebsbestandteile, das Granoplasma der Plasmazellen, die Körnung der Mastzellen, das Spongioplasma der Schaumzellen, sind trotz der starken Aufhellung des Schnittes noch deutlich. Intensiv gefärbt treten aber nur Hyalin und Hyalinzellen einerseits und zwar dunkelblau (bei starker Entfärbung manchmal blaugrün) und die Bacillen samt Schleimhülle und zwar dunkelviolett hervor. Auch das kleinste Schleimteilchen ist durch die Färbung von einem Hyalinklümpchen scharf unterschieden, ohne dafs man in ersterem bei der dunklen Färbung den Bacillenfaden erkennen kann. Um auch dieses Desiderat zu erfüllen, teile ich die folgende, nur wenig kompliziertere Methode mit.

III. Pol. Methylenblau + Safranin-Alkohol + Xylol-Anilin + Alaunmethode.

1. Vor der Färbung Entfernung des Celloidins.
2. Mischung von 70,0 g pol. Methylenblaulösung und 30,0 g 1 %iger Safraninlösung: 20 Min.
3. In Wasser gut abspülen.
4. Auf dem Spatel vom Wasserüberschufs mit Fliefspapier befreien.

5. Mit dem Spatel rasch in eine Mischung von Alkohol absol. und Xylol zu bringen und 1—2 Min. darin lassen zur Entwässerung.
6. Xylol 1 Min. zur Entfernung des Alkohols.
7. Anilin + Alaun + Orangemischung 20 Min.
8. Xylol, Balsam.

Die Anilin + Alaun + Orangemischung kann von GRÜBLER fertig bezogen, aber auch jederzeit extemporisiert werden, indem man eine Messerspitze Orange auf ein Watteflāumchen im Trichter bringt und so lange die Alaun-Anilinmischung hindurchfiltriert, bis das Filtrat eine dunkelbraune Färbung angenommen hat.

Der ganze Schnitt sieht schwach violett gefärbt aus; die Zellen aller Art treten noch deutlich, wenn auch schwach gefärbt hervor. Alles Hyalin hat ein helles, durchsichtiges Safraninrot angenommen, ebenso — nur etwas dunkler — alle Schleimhüllen der Bacillen; und doch sind die letzteren auf den ersten Blick kenntlich und von Hyalinklümpchen zu unterscheiden durch den dunkelvioletten, bacillären Achsenfaden, der sie alle konstant durchzieht.

Mittels dieser Methoden ist es mir gelungen, in die noch bestehenden Dunkelheiten der Lehre von den Rhinosklerombacillen und den degenerierten Zellen, wie ich glaube, Klarheit zu bringen.[1]

[1] Siehe UNNA, Über Hyalin und Bacillenhüllen im Rhinoskleromgewebe. *Dtsch. Medizinalztg.* 1902.

Die Elektrisierung der Prostata und die neueren Instrumente (Elektropsychrophor für Rectum und Urethra).

Von

Dr. M. POROSZ (POPPER)-Budapest,
emer. Assistenzarzt an der Universitätsklinik für Dermatologie.

Mit 10 Abbildungen im Text.

In der am 6. März 1896 abgehaltenen Sitzung des Vereins der Budapester Dermatologen und Urologen, sowie auch anläſslich des im Jahre 1897 in Moskau abgehaltenen internationalen Ärztekongresses skizzierte ich kurz jene Grundprinzipien, die ich bei der Faradisierung der Prostata für wichtig gehalten habe. Bei dieser Gelegenheit demonstrierte ich auch die von mir konstruierten Rektal- und Urethralelektroden.

Seither referierte ich in mehreren wissenschaftlichen Arbeiten über mit Erfolg behandelte Krankheitsfälle. Es freut mich, konstatieren zu

können, daſs mein Wort nicht in der Wüste verklungen ist, und daſs die Idee, wenn sie auch nicht neu ist, in einer neueren Form Nachahmer gefunden hat.

Von den in Moskau demonstrierten Instrumenten soll in erster Reihe der Rektalelektrod (Fig. 1) erwähnt werden: Ein fingerdickes, in Kautschuk gebettetes Metallstück, das einen in einen stumpfen Winkel übergehenden Stiel hat und durch dessen Ende mit der Batterie in Verbindung gesetzt werden kann. Der Kautschukteil ist 10 cm lang; das Ende ist etwas stärker, hebelförmig und zur Erleichterung der Einführung spitzig abgestumpft. Die eingebettete Metallplatte ist, vom Ende des Instrumentes gerechnet, 6 cm lang, so daſs durch den 4 cm langen Kautschukteil die Metallverbindung zu dem Behufe isoliert ist, daſs der Sphincter ani von der Wirkung des elektrischen Stromes verschont bleibe. Stützt sich der Kranke bei gespannten Kniegelenken unter einem rechten Winkel mit den Händen auf einen Stuhl, fällt der Metallteil des eingeführten Instruments gerade auf die Prostata. Liegt der Kranke auf dem Rücken, kann

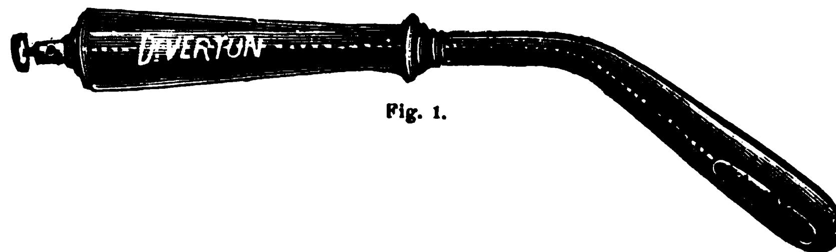


Fig. 1.

die Metallplatte durch Auseiannderschrauben des Instruments so gestellt werden, daſs sie, nach oben gerichtet, die Prostata berühre. Der zweite Elektrod ist eine gewöhnliche, flache, gestielte Metallplatte, die über den Pubis auf die Bauchwand gelegt wird. Bei dieser Zusammenstellung benutze ich den faradischen sekundären Strom. Der Zweck davon ist, eine Aktion der Prostatamuskelwand auszulösen. Diese Muskelkontraktion darf aber nicht konstant anhalten, denn sonst erginge es uns so, als wenn wir statt einer tonisierenden Massage einen ermüdenden, ständigen Druck auf die Muskulatur eines nicht gut funktionierenden Gliedmaſses üben würden. Deshalb ist es notwendig, daſs in der Muskelthätigkeit der Prostata ab und zu eine Pause eintrete.

Dies muſs um so eher hervorgehoben werden, als die Kollegen erfahrungsgemäſs den Zweck des faradischen Stromes miſsverstehen.

Eine althergebrachte Sitte ist es, daſs man bei einzelnen Krankheiten, deren Ursprung noch nicht gehörig geklärt ist, den elektrischen Strom anwendet, um auf die Nerven zu wirken (Sexualneurasthenie). Selbstredend ist dies sehr oft nur ein frommer Wunsch geblieben, denn es zeigte sich

die erwartete Wirkung nicht. Mit dieser Sitte bricht mein Vorgehen, indem ich auf die Muskulatur der Prostata einwirke und ihre Kontraktion auslöse. Doch lasse ich die Prostata nur so lange in Kontraktion, bis ich mit dem Elektrod von einem Rande bis zum Rande der anderen Seite gelange. Sobald ich den Elektrod über die Oberfläche der Prostata hinweggleiten lasse, unterbreche ich den Strom, damit die Prostata-kontraktion pausiere. So wechselt der Strom ab. Selbstredend muſs auch die Stärke des Stromes geregelt werden. Anfangs dulden die Patienten wegen des fremdartigen Gefühls nicht die Anwendung eines genügend starken Stromes. Bei vielen Patienten muſs man längere Zeit bei schwächeren Strömen bleiben. Für diesen doppelten Zweck, nämlich die Stromstärke zu regeln und den Strom leicht zu unterbrechen, eignet sich sehr gut das System des von HIRSCHMANN[1] (Berlin) konstruierten Induktionsapparates mit Trockenelementen (Fig. 2). Auf der einen Seite der Maschine sind zwei mit Knöpfen versehene Kupferstangen. Bei der Verbindung mit der oberen (II) kann die Maximalhöhe des benutzten Stromes stabilisiert werden. Wird die untere (I) Kupferstange ganz herausgezogen, wird die Stromstärke so minimal, daſs der Patient gar keinen Strom spürt. Wird die zweite Stange (I) langsam hineingeschoben, wird der Strom langsam stärker, doch wird das Maximum erst durch die obere Stange erreicht. Ziehen wir abermals die zweite Stange heraus, wird der Strom unterbrochen. So kann der Strom successive gestärkt oder successive bis auf Null geschwächt werden. Duldet der Patient den Strom gut und wir wollen stärkere Prostatakontraktionen hervorrufen, schieben wir die obere Stange ein wenig einwärts, damit der Strom stärker werde. Es muſs auch das hervorgehoben werden, daſs immer nur sekundäre Ströme zur Anwendung gelangen müssen. Da von einem unterbrochenen und sekundären Strom die Rede ist, kann im Rectum welcher Elektrod immer benutzt werden. Bei einem solchen Strom kann von einem positiven oder negativen Pol nicht gesprochen werden, weil die Richtung des

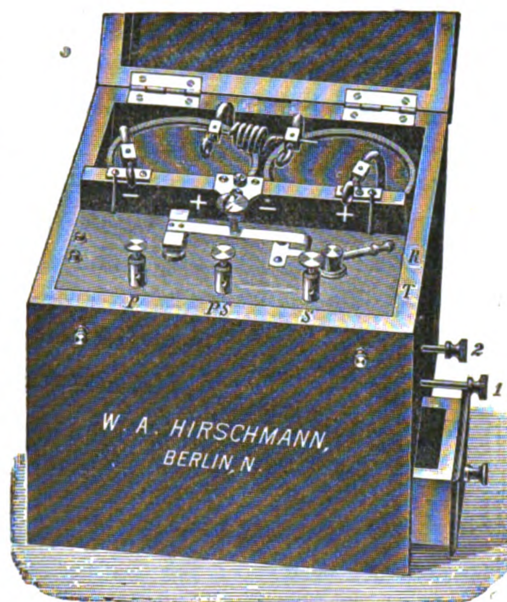


Fig. 2.

[1] Preis Mk. 35.

sekundären Stromes immerfort wechselt. Die Pausen dauern so lange, wie die Aktion anhält. So löse ich, der ertragenen Stromkraft angemessen, 15, 20, 25 Kontraktionen auf einen Sitz aus. Mit Hülfe der Kupferstange 1 wird der anfangs schwache Strom nach 2—3 Kontraktionen so lange gestärkt, bis ihn der Patient nicht zu stark findet. Wollen wir den Strom nur unmittelbar auf die Prostata einwirken lassen, mufs der Urethralelektrod (Fig. 3) angewendet werden.

Das ist eine Sonde mit BENIQUÉscher Krümmung. Der mit der Pars prostatica in Berührung kommende Teil ist aus Metall und ganz frei. Die Spitze und der übrige Teil ist mit Kautschuk isoliert. Auf dem Stiel ist ein mit einer Doppelschraube versehenes Metallstück angebracht. Die eine Schraube wird zur Befestigung an die Sonde, die andere zur Anbringung der Schnur verwendet. Diese Verbindungsmethode wählte ich, damit die Sonde bei dem auf dem Rücken liegenden Patienten, dem der Rektalelektrod schon früher eingeführt worden ist, leicht infolge ihres eigenen Gewichtes hineingleite. Dies thut deshalb not, damit die Wand der hinteren Harnröhre nicht an den Rektalelektrod gepreſst werde, was Schmerzen verursachen würde.

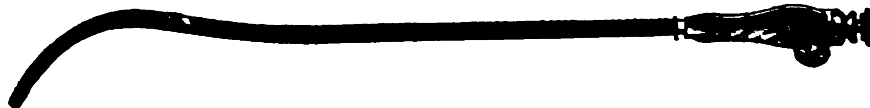


Fig. 3.

Bei der Anwendung des Urethralelektrods bleibt die Anwendung des Stromes dieselbe.

Mein Vorgehen war schon einige Male geschildert.[1]

Im Jahre 1899 gedenkt JANET in der vierten Sitzung der L'association française d'urologie im Rahmen eines Vortrages unter dem Titel „Traitement des prostatites chroniques" der von mir empfohlenen Anwendung des faradischen Stromes, die seines Erachtens zu besseren Resultaten führt, wie die Massage. Da er von der guten Wirkung der Massage überzeugt ist, will er sie neben der Faradisierung zur Geltung kommen lassen. Deshalb liefs er einen Kautschukfingerüberzug mit einer Metallplatte versehen, die er mit der Batterie in Verbindung brachte und so die Massage mit dem Faradisieren kombinierte. In derselben Sitzung demonstrierte auch HOGGE einen Kautschukfinger für Elektromassage, mit dem er auch die zu elektrisierenden Teile betasten kann. Er hält schon nicht mehr so fest an der Anwendung des faradischen Stromes und meint, er hätte mit dem mehrere Male unterbrochenen konstanten Strom bessere Resultate erzielt.

---

[1] *Wien. Medic. Blätter* 1900, *Monatsberichte f. Urologie* 1902 u. s. w.

So dankbar ich auch den genannten Autoren bin, daſs sie meinem Verfahren Aufmerksamkeit geschenkt haben, muſs ich auf ihre Vorträge einige Bemerkungen machen. In erster Reihe will ich nicht unerwähnt lassen, daſs ich zu aller Anfang auch an eine derartige Lösung gedacht habe. Wohl nicht der Massage zu Liebe, sondern um den Strom auf die Prostata gut einwirken zu lassen. Deshalb versuchte ich den an meine Hand befestigten Elektrod mit dem Finger zu verlängern, so daſs der Rektalelektrod mein Zeigefinger gewesen wäre. Das wäre ein idealer Elektrod gewesen, aber leider ist er nicht praktisch. Ein schwacher Strom übt auf die Prostata sozusagen gar keine Wirkung; ein starker Strom kann wieder wegen der Empfindlichkeit der Fingerspitze nicht zur Anwendung kommen. Meiner Ansicht nach dürfte dies der Fehler der FRÄNKELschen Methode sein.

Sodann kam ich auf den Gedanken, den JANET und HOGGE zur Ausführung brachten. Dies hatte aber wieder den Nachteil, daſs das Metallstück auf dem Kautschukfinger der Betastung hinderlich ist, so daſs das, was JANET besonders hervorhebt, nämlich die Betastung der entzündeten



Fig. 4.

Teile, illusorisch wird. Ein anderer Nachteil des JANETschen Kautschukfingers ist der, daſs die Metallplatte sehr klein ist. Da aber der elektrische Strom auf die gesunden Teile der Prostata keinen schädlichen Einfluſs ausübt, müssen eher die gesunden Teile elektrisiert werden, als daſs die kranken Teile von dem Strom unberührt bleiben. Das kann aber nur bei Anwendung einer gröſseren Platte erfolgen. Doch die gröſsere Metallplatte ist nicht nur der Betastung, sondern auch der Gelenkigkeit hinderlich. Deshalb blieb kein anderer Ausweg übrig, als sich vom Finger loszusagen und einer gröſseren und breiteren Metallplatte zu Liebe zu einem Instrument aus Kautschuk Zuflucht zu nehmen. Bei diesem Instrument war wieder mein Hauptaugenmerk darauf gerichtet, ob es die Form eines ausgestreckten oder eingebogenen Fingers habe. Da bei der Untersuchung der Zeigefinger eingebogen wird, war der Gedanke naheliegend, daſs auch ein solcher Elektrod sich der Prostata gut anschmiegen wird. In Fällen, in denen eine Prostataanschwellung vorhanden ist, ist dies in der That der Fall. Doch zeigt die Anschwellung der Prostata bei jedem einzelnen Individuum ein anderes Bild und erreicht nicht immer dieselbe Gröſse. So z. B. könnte ein für eine kleinere Prostata angefertigter

Elektrod bei einer gröſseren Prostata nicht von besonderem Nutzen sein und gerade der Vorteil, den wir vor Augen hatten, nämlich die Berührung der ganzen Oberfläche der Prostata, wäre nicht erreicht, weil die gröſsere Prostata eine andere Form zeigt als die kleine. Auf eine flache, atonische und weiche Prostata kann man nicht so leicht einen Druck ausüben oder mit ihr leicht in Kontakt kommen. Deshalb entspricht seinem Zwecke auch der von Friedrich Donner empfohlene Elektrod nicht. Er schilderte sein Instrument in der *Wien. Medic. Wochenschr.* 1900 (Fig. 4).

Abgesehen von der Biegung des in den Rectum einzuschiebenden Teiles, hat der Elektrod noch einen anderen Fehler. Und dieser ist, daſs

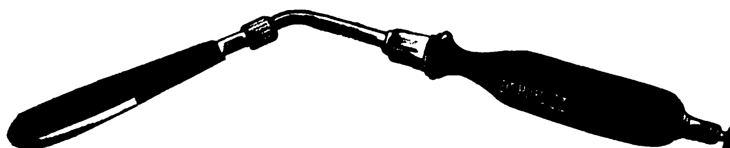


Fig. 5.

der Stiel gerade ist. Einen solchen Stiel kann man bei verschiedenen Lagen des Patienten nicht handhaben. Schwer verständlich ist auch, was er meint, wenn er sagt: „setzt sich der Patient so, daſs er auf das Heft des Elektroden zu reiten kommt". Wird das so ins Werk gesetzt, da hebt sich das Instrument von der Prostata ab. Bei den Patienten, die auf dem Rücken liegen, steht der Handhabung des Instruments das Scrotum im Wege. In dem erwähnten Artikel gedenkt er auch meines Instruments. Doch von meinem Urethralelektrod sagt er kein Wort,

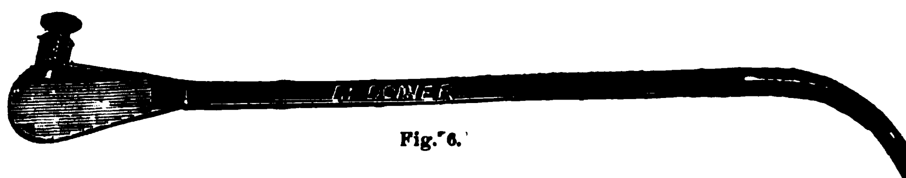


Fig. 6.

sondern giebt seine treue Kopie als eigene Erfindung aus. Allen, die meine Instrumente anläſslich des Moskauer Kongresses gesehen haben, ist dieses Factum bekannt. Dort demonstrierte ich zweierlei Urethralelektroden, die eine mit einer gewöhnlichen Sondenkrümmung, die andere mit der Beniquéschen. Die oben beschriebene Schraube ist auf dem Donnerschen Urethralelektrod zu sehen, doch schien ihm ihr Zweck nicht ganz klar zu sein und er verkleinerte sie, wie aus der Illustration ersichtlich ist, ganz zwecklos (Fig. 5).

Dies, was scheinbar überflüssig ist, erwähne ich nur deshalb, weil Vertun-Berlin in dem *Chirurgisch-Technischen Correspondenzblatt* 1900,

No. 4, seinen Prostataelektrod beschreibt, der, wie er selbst sagt, sich von dem meinigen nur dadurch unterscheidet, dafs der Teil, der aufserhalb des Rectums bleibt, auch aus Kautschuk und nicht aus Metall ist (Fig. 6). Sein Urethalelektrod hat aber nur eine BENIQUÉsche Krümmung wie die meinige und sieht der DOMMERschen Sonde nicht viel ähnlicher (Fig. 7).

Nach Publikation des Artikels eröffnete DONNER eine Prioritätspolemik gegen VERTUN — das Prioritätsrecht habe wohl ich — und hebt nachdrücklich hervor, VERTUN habe sein Instrument kopiert. Ich habe bisher mein Prioritätsrecht nicht geltend gemacht. Verlangt dies schon ganz unbilligerweise DONNER, so trete ich inter duos als Dritter auf und freue

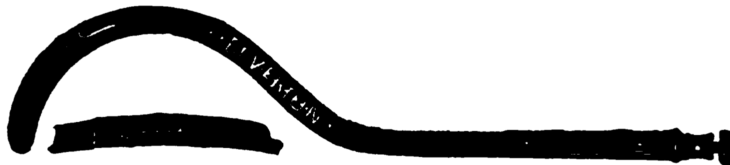


Fig. 7.

mich, beweisen zu können, dafs die Idee von mir stammt und nicht von DONNER, der sie sich aneignete.

Im Jahre 1901 hielt RICHTER[3] über die Behandlung der chronischen Prostatitis anläfslich des VII. Kongresses der Deutschen dermatologischen Gesellschaft einen Vortrag und empfiehlt den faradischen Strom mit dem nach seinem Modell angefertigten Elektrod. Die Anwendungsweise des Stromes ist mit der meinigen ganz identisch, nur hat er ein anderes Instrument (Fig. 8).

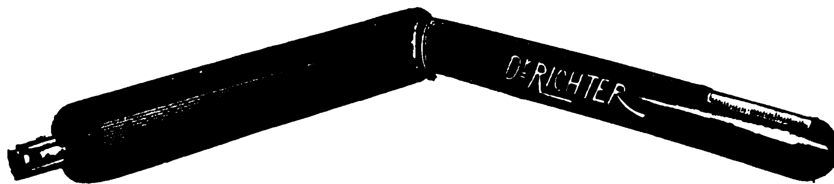


Fig. 8.

Es ist dicker, plumper und spannt den Sphincter ani überflüssigerweise auseinander.

Auch er will die Kontraktion der Prostatamuskulatur auslösen und deshalb benutzt er den faradischen Strom. Die zeitweise erfolgende Unterbrechung und Einleitung des von HOGGE empfohlenen galvanischen Stromes löst ebenfalls eine Kontraktion aus. Sie dauert aber nur einen Augenblick, während die Dauer des durch den faradischen Strom ausgelösten Tonus nach unserem Belieben und nach Bedarf (bis wir mit dem Elektrod über die ganze Prostata hinweggleiten) verlängert werden kann.

[3] Versammlungen deutscher Naturforscher und Ärzte in Aachen, Sept. 1901.

Da die verschiedenen Prostataleiden sehr oft die Anwendung eines stärkeren Stromes erforderlich machen, als die Patienten ertragen, versuchte ich mein Instrument mit einem Psychrophor zu kombinieren. So liefs ich in dem Kautschukteil des Rektalelektroden einen WINTERNITZschen Kühler anbringen, dessen unbedeckter Metallteil die zur Berührung geeignete Metallplatte bildet. In dieser Form (Fig. 9) scheint nur das zu- und ableitende Rohr (8) eine Neuerung zu sein. So kann man mit diesem Instrument, dem Falle angepafst, kaltes und warmes Wasser beim

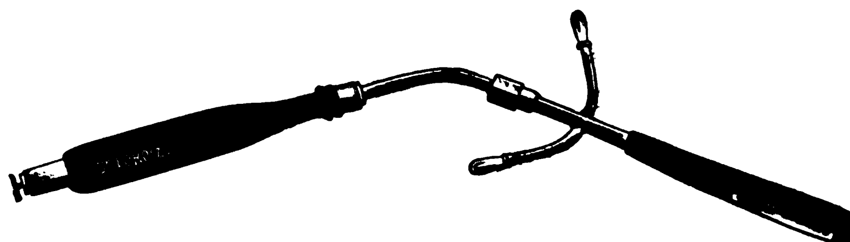


Fig. 9.

Elektrisieren durchströmen lassen. Das ist der Rektal-Elektropsychrophor. Auch mein anderes Instrument, die Urethralsonde, kombinierte ich mit einem Psychrophor, weil nach ihrer Benutzung viele Patienten über ein unangenehmes Gefühl beim Urinieren klagten. Eine Abkühlung lindert es. Das Instrument sieht einem Psychrophor ähnlich,

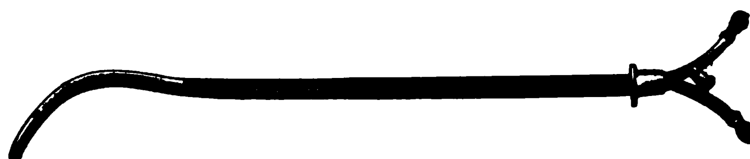


Fig. 10.

an dem eine Schraube angebracht ist. Aufser dem für die Pars prostatica bestimmten Teil ist er mit Kautschuk isoliert (Fig. 10).

Mein Instrument wurde von der Firma Simon & Breuer angefertigt.

Im *Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane* (XII. 203) wurde ein Referat über den in New York gehaltenen Vortrag GUITERAS gebracht, nach dem er einen mit Elektricität geschwängerten Wasserstrahl auf die Prostata einführt. Bei dieser Gelegenheit demonstrierte er einen Elektrod, dessen Beschreibung ich nicht bekommen konnte.

Nachtrag zu dem Aufsatz: „Ein Fall von positivem Gonokokkenbefund in einem epididymitischen Abscefs."

Von

Dr. A. v. KARWOWSKI-Posen.

Nach Drucklegung obiger Arbeit in No. 11 des 35. Bandes *dieser Zeitschrift* wurde mir von Herrn Dr. DESIDER RÁSKAI (REACH) aus Budapest in liebenswürdiger Weise seine 1901 in der *Dtsch. med. Wochenschr.* No. 1 erschienene Arbeit: „Zur Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis" übersendet, welche ich bei der Durchsicht der einschlägigen Literatur leider nicht gefunden hatte. Ich beeile mich, das Ergebnis dieser Arbeit nachzutragen. RÁSKAI beobachtete auf der dermatologischen Abteilung RÓNAS im St. Stephansspital in Budapest einen Fall von Epididymitis, welche etwa 17 Tage nach Beginn eines Trippers eingetreten war und etwas über einen Monat später vereiterte. In dem Eiter fanden sich sowohl mikroskopisch wie kulturell nachweisbare Gonokokken.

Wenn wir diesen Fall unter die von mir erwähnten einreihen, so rangiert der meinige dann als der achte der bis jetzt veröffentlichten, mir bekannten positiven Gonokokkenbefunde bei der Epididymitis gonorrhoica.

Versammlungen.

Konstituierende Versammlung der Ortsgruppe Berlin der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 9. Dezember 1902.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. Geschäftliches. Prof. Dr. LESSER, der stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, eröffnet die zahlreich besuchte Versammlung mit der Darlegung der Gründe, welche zur Gründung der Ortsgruppe Berlin führen. Häufigere Versammlungen sollen zur Erfüllung der Ziele führen, durch Vorträge soll Aufklärung in weitere Volkskreise getragen werden, Anregung zur Besprechung lokaler Verhältnisse gegeben, neue Mitglieder geworben werden.

Auf den Vorschlag des Geh. Medizinalrates Professor Dr. EWALD wird zum Vorsitzenden der neukonstituierten Ortsgruppe Berlin gewählt Prof. LESSER, zu

stellvertretenden Vorsitzenden Dr. BLASCHKO und Frl. PAPPRITZ, zum Schriftführer Dr. BLUMENTHAL.

Dr. BLASCHKO spricht über die erfreuliche Ausbreitung der Gesellschaft, welcher eine grofse Reihe von Vereinen, namentlich auch Frauenvereine, als Mitglieder beigetreten sind. Eine Anzahl von Vorträgen sind bereits gehalten worden, da das Anerbieten der Gesellschaft, durch ihre Mitglieder Vorträge halten zu lassen, von vielen Seiten dankbar aufgenommen worden ist. Die Schwierigkeit für die Arbeit der Ortsgruppe Berlin liegt in der Gröfse aller Berliner Verhältnisse.

2. Vortrag Prof. Dr. LESSER: **Die gesundheitlichen Gefahren der Prostitution und deren Bekämpfung.** Die Wege zur Erreichung des gesetzten Zieles, der Herabsetzung der Ansteckungsmöglichkeiten, sind mannigfaltig. Der durchgreifendste wäre die Hebung der moralischen Gesinnung und das Streben zur Besserung der materiellen Lage, wodurch frühe Heirat ermöglicht, die Not beseitigt würde, welche einen grofsen Teil der Mädchen zur Prostitution drängt, das enge Zusammenwohnen in ungeigneten Räumen vermieden werden könnte, welches der Unsittlichkeit Vorschub leistet. Dieser Weg der sittlichen und sozialen Hebung ist schwer zu verfolgen. Schnellerer Erfolg ist zu erhoffen von hygienischen Mafsnahmen, die die Ansteckungsmöglichkeiten vermindern sollen. Ein grofser Teil der Ansteckungen geht von der Prostitution aus, das erste Ziel der hygienischen Bestrebungen mufs die Assanierung der Prostitution sein, das Herausnehmen der kranken Elemente aus dem Verkehr und ihre schnelle Heilung. Nicht von der sittenpolizeilich kontrollierten Prostitution (in Berlin 4000—5000 Mädchen) geht die gröfste Gefahr aus, sondern von der aufserordentlich viel gröfseren unkontrollierten, geheimen Prostitution, welche mit der Zahl von 20000 kaum erreicht ist. Diese Mädchen suchen ärztliche Hilfe nur auf, wenn sie selbst Beschwerden von ihrer Krankheit haben: und das ist ja nur in einem geringen Bruchteil der geschlechtlichen Erkrankungen der Fall. Die infektiöse Prostituierte übt meistens den geschlechtlichen Verkehr noch aus, so lange sie in Freiheit ist: unter 100 geschlechtskranken Mädchen hatten nach der Feststellung BARTHÉLEMYS 81 den Verkehr in den letzten drei Tagen vor ihrer Einlieferung nach Saint-Lazare noch vorgenommen, ihre durchschnittliche Erkrankungsdauer hatte aber bereits 30 Tage gedauert. Die von der einen Seite geforderte genügende Überwachung der geheimen Prostitution ist unmöglich. Ebenso unmöglich ist die Abschaffung dieser polizeilichen Überwachung und das blofse Anerbieten kostenfreier ärztlicher Behandlung, denn diese würde freiwillig in den meisten Fällen nicht aufgesucht werden. Dem Vortragenden erscheint die Institution einer offiziellen Behandlungsstätte geschlechtskranker weiblicher Personen erforderlich; die Behandlung daselbst, welche nach ärztlichem Ermessen, je nach der Lage des Falles, ambulatorisch sein kann oder in der Krankenhausaufnahme besteht, mufs als Freibrief der Sittenpolizei gegenüber gelten; all dies mufs unentgeltlich sein, im Falle der Nichtbefolgung der ärztlichen Weisungen mufs die Stellung unter Polizeiaufsicht erfolgen. Aber auch die Art der sittenpolizeilichen Überwachung mufs gebessert werden, mehr und mehr ihre hygienische Seite der rein polizeilichen gegenüber in den Vordergrund treten. Mit dem Übergang der Überwachung der geschlechtskranken weiblichen Personen auf diese Behandlungsstätte wird vielleicht im Laufe der Zeit die polizeiliche Kontrolle ganz aufhören können.

Diskussion: Direktor der Charité, Generalarzt Dr. SCHAPER, hält das über den Mädchen drohende Schreckgespenst der Sittenpolizei für eine notwendige Einrichtung.

Geh. Medizinalrat Prof. Dr. EWALD hält zur Hebung der allgemeinen Sittlichkeit das Auftreten gegen den Alkoholmifsbrauch für erforderlich.

Dr. SPENER hält eine Zentralisation der Behandlung, wie LESSERS Vorschlag sie bedeute, für schädlich, da die meisten versuchen würden, sich der Behandlung an einem nur den Geschlechtskrankheiten vorbehaltenen Behandlungsort zu entziehen. Er empfiehlt vielmehr für die Durchführung des LESSERschen Vorschlages eine Dezentralisation in Erwägung zu ziehen, etwa im Anschluſs an die bereits bestehenden Rettungswachen.

Dr. O. ROSENTHAL glaubt, daſs in eine so ausschlieſslich den Stempel einer Prostituiertenpoliklinik tragenden Behandlungsstätte die Mädchen nicht gehen würden; auch sind die bisher bestehenden spezialistischen Polikliniken dem Suchen nach Behandlung vollkommen gewachsen. Dagegen fehlt es an Spezialkliniken; die zur Krankenhausbehandlung entschlossenen schwererkrankten Geschlechtsleidenden wandern in Berlin oft von Krankenhaus zu Krankenhaus ohne Aufnahme zu finden; überall werden sie abgewiesen.

Dr. A. BLASCHKO hält für das Wesentliche an allen Vorschlägen die Schaffung freier ambulatorischer Behandlung. Zwangsmittel müſsten zwar vorhanden sein, aber nicht in Form der jetzigen Sittenpolizei. Diese sei völlig auſser Stande, die Prostitution zu überwachen, und es sei auch sehr schwer, die Grenze zu ziehen, wann ein Mädchen Prostituierte wird: die gewaltsam gezogene Grenze der sittenpolizeilichen Inskription schafft eine Kluft, über welche die Mädchen meistens auch nicht durch die Rückkehr zum gesitteten bürgerlichen Leben zurück könnten. Die Prostitution sei um so gesunder, je vorsichtiger bei den Einschreibungen zu Werke gegangen werde. Nicht die alten, lange Jahre kontrollierten Dirnen bilden den ansteckenden Teil, sondern nur die jungen, frisch inskribierten mit ihrer frischen Lues und Blennorrhoe; seiner Überzeugung nach sind die Länder, in welchen die Sittenpolizei abgeschafft worden ist, gesundheitlich nicht schlechter daran. Er erwähnt die Versuche menschenwürdigerer Behandlung der Prostituierten in Breslau, wo ein Versuch gemacht werden soll, die Mädchen frei im allgemeinen Krankensaal zu behandeln.

Prof. Dr. LESSER präzisiert nochmals seine Absicht, eine städtische Untersuchungs- und Behandlungsanstalt zu schaffen, aber ohne Polizei. Er hält die Polizeieinwirkung für nicht entbehrlich, doch strebt er, wie in seiner Abteilung in der Charité, überall nach der Beseitigung des gefängnisartigen Zwanges. Die Lockung für die Prostituierten soll sein, daſs sie durch das Aufsuchen dieser Behandlungsanstalt frei werden von der Polizei. Die leichtere Kontrollierungsmöglichkeit wird zur Zentralisation zwingen, denn hier wird natürlich eine sehr genaue Feststellung der Personalien stattfinden müssen, welche bei vielen und verteilten Instituten auſserordentlich erschwert wäre. Dieses Institut soll das ersetzen, was die Sittenpolizei nicht leisten kann. Denn in groſsen Städten ist die sittenpolizeiliche Aufsicht nicht ausschlaggebend für den sanitären Zustand. Es kommt vor allem auf die Besserung des Gesundheitszustandes derjenigen Prostituierten an, welche nicht der Sittenpolizei unterstehen. Nur dort kann die Assanierung der Prostitution eingreifen.

Breslauer dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 20. Dezember 1902.

Originalbericht von LÖWENHEIM-Liegnitz.

1. A. NEISSER stellt einen Knaben mit kreisrunden Herden vor, die zuerst als Erythrodermie aufgefaſst wurden, doch ist der Fall jetzt wohl als **Pityriasis rubra pilaris** zu deuten. Wegen der Ähnlichkeit mit Lichen scrophulosorum wurde Tuberkulin, jedoch ohne Erfolg, gegeben. Bemerkenswert ist das Vorhandensein eines Leukoderma.

2. VEIEL jun. demonstriert den Effekt der Behandlung der **Congelatio manuum** mit Heifsluftbädern (70—80°).

SCHÄFFER findet den Erfolg nach dem mikroskopischen Befund erklärlich, da es durch die mächtige Einwirkung auf die Gefäfse sehr leicht zur Resorption von Exsudaten kommen könne.

3. BURMESTER zeigt einen jungen Mann mit **Lymphangioma tuberosum multiplex.** Beweis: Mikroskopisches Präparat.

4. CALLOMON demonstriert bei einer älteren Frau eine einseitige **Infiltration der Unterlippe,** die plötzlich entstanden sein soll, seit Monaten besteht und in ihrer Resistenz schwankt.

STEIN und SCHÄFFER haben ähnliches an der Oberlippe gesehen, der Fall des letzteren wurde von GOLDSCHEIDER durch Elektrolyse des Septum narium geheilt.

NEISSER glaubt nicht, dafs der Fall auf vasomotorischen Veränderungen beruht, er rät dazu, Jodkalium zu gebrauchen.

5. LÖWENHARDT demonstriert **Urin**

a) **mit Sarcina,**

b) **mit Nierenfetzen, Glomeruli und Harnkanälchen;**

6. einen Fall von gut beobachteter **Lues ohne Primäraffekt.**

7. TOMACZEWSKY zeigt einen Knaben mit **Trichophytosis capitis** (Makroskoron). In kleinschüppchenförmigen Herden sind über den ganzen Kopf hin die Haare abgebrochen und überall lassen sich Pilze durch Kultur nachweisen, die braunrot gefärbt ist, die einzige unter mehr als 60 Kulturen.

A. NEISSER hat vier Fälle beobachtet, von denen noch dazu 2 durch einen Verwandten aus London angesteckt wurden.

LÖWENHEIM hat früher mit F. PINKUS einen fünften Fall in der Breslauer Klinik gesehen, der das gleiche klinische Bild bot und gegen die Behandlung sich refraktär erwies. Auch hier war die Kultur tiefrot, wie noch eine zweite unter 40, liefs sich aber nicht von einer gelungenen Überimpfung auf seine Ellenbeuge wieder auf Nährböden übertragen. Weitere Fälle sind in Schlesien nicht bekannt geworden.

8. SCHWAB stellt ein Mädchen mit **RAYNAUDscher Krankheit,**

9. eine Frau mit **tuberoserpiginösem Syphilid der Fufssohle** und **Gumma der Unterlippe** vor.

10. ZIELER zeigt ein **Carcinoma sulci coronarii** mit mächtigem Lymphdrüsenpaket, das aus einer Erosion im Verlauf von Jahren entstanden ist.

11. HARTTUNG stellt nochmals die Kranke vor, welcher er eine **Schädelnekrose** (Lues) **chirurgisch** entfernt hat. Dieselbe wird mit einer Pelotte entlassen.

12. Derselbe macht auf ein **Leukoderma** aufmerksam, welches sich am Halse einer **Psoriasiskranken** entwickelt hat.

13. TOMASZEWSKI kann jetzt bei einem Luetiker, über dessen hochgradige **Idiosynkrasie gegen Quecksilber** er in einer früheren Sitzung berichtet hat, ohne wesentliche Nebenerscheinungen die zweite Kur durchführen.

14. HALBERSTÄDTER behandelt ein **Carcinoma auriculae,** welches vermutlich auf **lupöser Basis** entstanden ist (Lupus in der Axilla) mit Röntgenstrahlen.

15. MAC MARLEY zeigt zwei Mädchen mit **serpiginöser Urticaria,** die sehr einer Pityriasis versicolor ähnelt.

16. BAUM hat bei einer Frau, deren Affektion zur Zeit ganz einer **Lues maligna** ähnlich sieht, zuerst Blasen beobachtet, welche einen Pemphigus acutus vermuten liefsen. Später trat dann ein Erythem (Roseola?) auf, worauf die früher blasigen Stellen sich indurierten. Es bestanden starke Durchfälle, sowie eine Bronchopneumonie, seit kurzer Zeit eine akute Verwirrtheit. Die Schwere der Krankheit ist

keinesfalls auf die Quecksilberbehandlung zu beziehen, da diese erst neuerdings eingeleitet ist.

HARTTUNGS Einwand, dafs es sich möglicherweise um eine staphylogene Affektion handelt, kann NEISSER nicht vollständig ablehnen.

17. SCHWAB berichtet über eine **Hautgangrän** bei **Diabetes** unter Demonstration von Moulagen, da sich die Kranke wegen der Operation eines Katarakt in der Augenklinik befindet. Auch an den Stellen, die zuerst nur hämorrhagische Blasenbildung zeigten, kam es unter Bildung einer Demarkationslinie zur nekrotischen Abstauung.

18. KLINGMÜLLER demonstriert **Kranke und Moulagen, bei denen unter erneuter Tuberkulininjektion die alten Injektionsstellen lokal reagierten.** Ein gleichfalls reagierender Lichen scrophulosorum kann das Bild undeutlich machen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1902. Band 63, Heft 1.

I. **Über nodöse Syphilide („Erythema nodosum syphiliticum") und syphilitische Phlebitis,** von MAX MARCUSE-Bern. MAURIAC beschrieb eine besondere Form der im Frühstadium der Syphilis vorkommenden Bindegewebshyperplasien und bezeichnete sie als „Erythème noueux syphilitique". Verfasser berichtet über drei derartige Fälle aus der Berner dermatologischen Klinik. Alle drei zeigten zweifellos syphilitische Sekundärerscheinungen ziemlich schwerer Art, aufserdem Symptome, die an das idiopathische Erythema nodosum erinnerten.

Hinsichtlich der Beziehung dieser Tumoren zur Syphilis gelangt Verfasser an der Hand der einschlägigen Literatur und auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und der histologischen Befunde zu folgenden Schlüssen:

1. „In seltenen, auch nach anderer Richtung meist relativ schweren Fällen von Lues treten unter Bevorzugung der auch für das idiopathische Erythema nodosum als Prädilektionsstellen geltenden Körperregionen dem Erythema nodosum ähnliche Efflorescenzen auf, die in der Regel als eine spezifische Exanthemform zu betrachten und nach französischem Beispiel wohl am besten als „nodöse Syphilide" zu bezeichnen sind.

2. Die nodösen Syphilide erscheinen gewöhnlich im ersten Jahre post infectionem, finden sich oft zugleich mit anderen sekundären Hautmanifestationen und nehmen einen verschiedenartigen Verlauf; bald werden sie spurlos resorbiert, bald erweichen und ulcerieren sie. Sie reagieren auf spezifische Behandlung; doch ist die spezielle Wirkung der Hg- resp. der Jod-Therapie auf diese Erkrankungsform noch nicht genügend festgestellt.

3. Aus klinischen Gründen wie auf Grund von pathologisch-anatomischen Untersuchungen (PHILIPPSONS und Verfassers Fall) ist schon jetzt der Ausgang dieser Herde von den subcutanen Venen recht wahrscheinlich. Es sind grofse Analogien im klinischen wie im anatomischen Bilde vorhanden zwischen dieser Form und gewissen nodösen „Tuberkuliden", deren Ausgang von den Venen durch die Untersuchungen PHILIPPSONS wahrscheinlich gemacht worden ist.

4. Aus klinischen Gründen (bald akutes, bald chronisches Entstehen, bald Resolution, bald Erweichung, verschiedene therapeutische Resultate) ist es wahrscheinlich, dafs diese Erkrankungsform bald mehr zur sekundären, bald mehr zur tertiären Syphilis zu rechnen, also als intermediäre zu bezeichnen ist. In Verfassers Falle ist histologisch die gummöse Natur der Krankheit nicht zweifelhaft."

II. **Welche Hautveränderungen können durch mechanische Reizung der Haut hervorgerufen werden?** von Ludwig Török-Budapest. Zur Entscheidung dieser Frage wurden Versuche in der Weise ausgeführt, dafs die mit Seife, Alkohol und Äther gereinigten Hautstellen mittels einer sterilisierten Bürste oder mittels eines mit sterilisierter Gaze umwickelten Fingers gerieben wurden.

Die Erscheinungen, welche durch mechanische Reizung der normalen Haut (Bürsten oder Scheuern) hervorgerufen werden, sind folgende:

1. „Miliäre oder mohnkorngrofse, ganz oberflächlich in der Papillarschichte gelegene, ödematöse, oder hyperämisch-ödematöse, binnen kurzem verschwindende Erhebungen oder ganz gleich geartete gröfsere Flecken." (Nach einmaligem, mehrere Minuten währenden Scheuern der Haut.)

2. „Lichenisierte Flecken, d. h. unter kongestiver Hyperämie und Ödem entstehende, später von Blutpigment braun gefärbte Flecken, an welchen die Oberhautfelderung stärker ausgeprägt ist, als in der normalen Nachbarschaft, und an welchen feine Schüppchen haften." (Nach wochenlang täglich wiederholtem Scheuern und Bürsten der Haut.)

Trifft die mechanische Reizung jedoch eine Hautstelle, die empfindlichere, reizbarere Gefäfse besitzt, so entstehen die Veränderungen leichter, erreichen einen etwas höheren Grad, nehmen einen mehr „entzündlichen", ständigeren Charakter an. Aber auch auf empfindlicher Haut gelingt es nicht, durch Scheuern und Reiben eine Serumexsudation in dem Mafse zu erzeugen, dafs es hierdurch zur Bläschenbildung und andauerndem Nässen käme.

Der Grad des Nässens, welches durch Kratzen und Scheuern auf der ekzematisierten Haut hervorgerufen werden kann, hängt nach den Untersuchungen und Versuchen des Verfassers nicht blofs von dem Grade des ausgeübten mechanischen Insultes, sondern viel mehr noch von dem Zustande der Gefäfse ab.

III. **Zur Ekzemfrage,** von S. Róna-Budapest. Die vorliegende Arbeit behandelt folgende Fragen:

1. „Können mechanische Einwirkungen und unter ihnen in erster Reihe das Kratzen Ekzem verursachen?

2. Gibt es ein Reflexekzem?"

Die zweite Frage wird in einem anderen Aufsatze beantwortet werden.

Die Untersuchungen zur ersten Frage haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

1. „Wenn wir die Haut gesunder Menschen wiederholtem, intensivem Kratzen aussetzen, so wird das Resultat nur die Loswühlung der tieferen Hornschichten oder des ganzen Epithels sein. Im ersteren Falle tritt Serum auf die Oberfläche und trocknet zu lackartiger Kruste ein, in letzterem Falle Blut, wodurch schwärzliche Krusten entstehen. Um die Krusten entsteht eventuell ein hyperämischer Hof.

2. Dasselbe beobachten wir auch dann, wenn wir gesunde und nicht juckende Hautstellen „Ekzematöser" denselben mechanischen Insulten aussetzen.

3. Wenn wir aber die gesunde Haut vorher artifiziell mittels Mucuna pruriens (Juckpulver) intensiv juckend machen, dann treten zuerst die Folgen des Juckpulvers, hirse- bis hanfkorngrofse, sehr stark juckende Quaddeln auf hyperämischer Basis auf, welche durch Kratzen noch vermehrt und exkoriiert werden. Wenn wir dieselbe Prozedur durch mehrere Tage hindurch wiederholen, bekommen wir auch keine

anderen Erscheinungen zu sehen, höchstens, daſs sich in vereinzelten Fällen die Anfangssymptome einer Lichenifikation zeigen.

4. Dieselben Veränderungen beobachten wir auch dann, wenn wir gesunde und von den kranken Stellen entfernte Hautpartien „Ekzematöser" derselben Prozedur (Bestreuung mit Juckpulver) unterwerfen und höchstens, daſs bei dem einen oder anderen die Quaddeln gröſser und länger bestehend sind, und daſs sich bei diesen eine Tendenz zur Lichenifikation zeigt. Auch können infolge Infektion kleine Pusteln entstehen.

Sorgfältige Beobachtungen und Versuche an Fällen von Scabies, Pediculosis, Prurigo haben ergeben, daſs mechanische Insulte, wie das Kratzen, nicht im stande gewesen sind, solche Läsionen hervorzurufen, die man mit Recht als „Ekzem" betrachten könne.

Verfasser gelangt infolgedessen zu nachstehenden Konklusionen:

„Die mechanischen Einwirkungen und unter ihnen in erster Reihe das Kratzen verursachen selbst bei Prädisponierten keine anderen Veränderungen als Exkoriationen, flüchtige reaktive Hyperämie und geringes Ödem und nur nach längerer Zeit und bei besonders dazu geeigneten Personen umschriebene oder mehr diffuse Hypertrophie des Epithels und des Papillarkörpers (die Lichenifikation). Die von den Autoren als vesikulöses oder nässendes Ekzem bezeichnete Hauterkrankung kann das Kratzen allein unter keiner Bedingung hervorrufen."

IV. **In welchem Alter findet man die meisten Ansteckungen von Syphilis und in welchem Alter brechen die meisten Fälle von genereller Parese aus?** von C. T. Hansen und Paul Heiberg. Zum Beweise der Abhängigkeit der generellen Parese von vorausgegangener Syphilis sind die Altersverhältnisse der Patienten bisher nur von Jespersen in einer im Jahre 1874 publizierten Arbeit herangezogen worden. Nach Jespersen wird die Syphilis am häufigsten zwischen dem 22. und 23. Lebensjahre acquiriert, die Parese am häufigsten im Alter zwischen 35 bis 45 Jahren wahrgenommen und zwar bei den Patienten, bei welchen seit der Ansteckung mit Syphilis durchschnittlich 12½ Jahre verstrichen sind.

Verfasser haben die Angaben Jespersens einer Nachprüfung unterzogen und, wie aus den Tabellen hervorgeht, auch bestätigt gefunden.

V. **Naevusbilder und -Betrachtungen**, von J. Schütz-Frankfurt a. M. Verfasser kann sich nach seinen Untersuchungen und Beobachtungen mit der Hypothese der epithelialen Natur der Naevi nicht recht befreunden. Er beschreibt Bilder von weichen Naevis, die sich mit dieser Hypothese nicht gut in Einklang bringen lassen. Beim Naevus spilus, der am häufigsten in die Behandlung des Arztes kommt, sieht man schon bei schwacher Vergröſserung deutlich „die eigentümlich verästelte, baumschlagähnlich gezeichnete Gruppierung der Ballen und Stränge der Naevuszellen. Das helle Geäste entspricht mehr oder weniger breiten Bindegewebszügen, welche die gröſseren Zellklumpen scheiden". Die ganze Zellanlage hat etwas so ungemein Charakteristisches, daſs man auf den ersten Blick ein mikroskopisches Präparat als Naevus diagnostizieren kann. Aus seiner Unähnlichkeit mit sonstigen epithelialen Wucherungen gutartiger wie bösartiger Natur läſst sich schon der Schluſs ziehen, daſs die Anordnung der Naevuszellen nicht genau dem entspricht, was man sonst bei Epithelien zu finden gewohnt ist. In einer groſsen Reihe von Fällen konnte Verfasser einen Zusammenhang der Ausbreitung der Naevusherde mit dem Verlauf der Blutgefäſse dartun. Sie entspricht den im Bindegewebe präformierten Lymphräumen, die in einer gewissen Abhängigkeit von den Gefäſsstämmen stehen, wodurch der Aufbau der Naevuskomplexe in seiner inneren Anordnung sich am einfachsten erklärt. Die scheinbar direkten Übergänge von Naevuszellen zu Epithelzellen beruhen nach

der Ansicht der Verfassers auf einer „schrägen Schnittrichtung und einer durch örtlich gesteigertes Wachstum von Reteleisten und Naevusherden hervorgerufene Druckwirkung mit Ödemerscheinungen". Dieser Druckwirkung ist auch der Verlust von Epithelfasern zuzuschreiben, der übrigens nicht ausschliefslich beim Naevus, sondern bei vielen mit raschem Epithelwachstum oder Ödemerscheinungen komplizierten Prozessen vorkommt.

VI. **Über ein eigenartiges Krankheitsbild von Keratosis verrucosa,** von St. Weidenfeld-Wien. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle dieser ungewöhnlichen Affektion, die universell und symmetrisch charakterisiert ist durch hanfkorngrofse, den Follikeln zum Teil entsprechende und meist von einem Haare perforierte Knötchen derber Konsistenz mit unregelmäfsig rauher Oberfläche. Die Rauhigkeit ist bedingt teils durch fein abblätternde Hornschüppchen, teils durch tiefere porenartige Stellen. Die Knötchen sehen an dem unteren Körperteil blafs, fast wie die normale Haut aus, mehr nach oben dagegen blafsrot, stellenweise rötlichgelb. Die unteren Extremitäten sind am stärksten befallen. Hier zeigen die Efflorescenzen die Neigung zu strichförmiger, dem Verlaufe von Venen entsprechender Anordnung. Jucken geht dem Ausbruche von Efflorescenzen voran oder begleitet die Krankheit.

Histologisch erweisen sich die Knötchen als durch Auflagerung von Hornsubstanz, die halbkugelig ist, gebildet. Aufserdem besteht eine Zunahme der Dickendimension des Rete und eine Vergröfserung der Papillarkörper, die teils durch Anschwellung der Bindegewebsbündel, teils durch Zellwucherung und stärkere Durchfeuchtung bedingt ist.

Der Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose.

VII. **Über ein von der Nase ausgehendes Syphiloma hypertrophicum diffusum faciei (Elephantiasis luetica),** von G. Trautmann-München. Nach einem Überblick über die einschlägige Literatur teilt der Verfasser die Krankengeschichte eines Falles aus Dr. M. Josephs dermatologischer Poliklinik mit. Es handelt sich um einen 77 Jahre alten Mann, der jede luetische Infektion leugnet. Seine Nasenkrankheit begann vor 13 Jahren mit Rötung und Schwellung. Zur Zeit besteht „Elephantiasis s. Syphiloma diffusum faciei von der Nase ausgehend, diffuse gummöse Infiltration und Hypertrophie der äufseren Nase und vorderen Nasenschleimhaut, sowie beider Wangen; derbe Infiltration und Hypertrophie der Oberlippe; Knoten, schmerzhafte Rhagaden und Ulcerationen, besonders an der Oberlippe". Die Farbe der befallenen Partien ist lividrot. Das ganze erkrankte Gebiet ist von sehr derber Konsistenz, plattenförmig infiltriert und verdickt. Das Gesicht macht einen starren, leontiasisähnlichen Eindruck.

Eine antiluetische Kur mit Jodkalium war von Erfolg gekrönt. Gegenwärtig ist alles im Zurückgehen gegriffen.

Verfasser bespricht die Differentialdiagnose und Nomenklatur der Affektion.

VIII. **Erwiderung zu dem Nachtrag der Arbeit F. v. Waldheims: „Haemangendothelioma cutis papulosum,** von A. Gassmann-Basel. v. Waldheim hatte in seiner Arbeit Zweifel ausgesprochen, ob die vom Verfasser beschriebenen 5 Fälle von Naevi cystepitheliomatosi disseminati identisch mit denen von Kaposi, Jacquet, Darier u. a. wären. Demgegenüber verteidigt Verfasser seinen Standpunkt und sucht diese Identität besonders aus den histologischen Befunden nachzuweisen.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band IX. Heft 6. 1902.

1. **Über Wirkungen konstanter Wärme auf die Haut und andere Organe mit Demonstration des Hydrothermoregulators und verschiedener Thermokörper,** von Karl Ullmann-Wien. Der vom Verfasser beschriebene Hydrothermoregulator beruht auf dem Prinzipe des hydraulischen Druckes. Eine Wassersäule ohne Ende wird an einer Stelle, dem Reservoir, erwärmt und auf beliebig hohe Temperatur gebracht. Das erwärmte Wasser wird durch eine mittels Motors betriebene Saug- und Druckpumpe von dem Reservoir weg durch ein Röhrensystem getrieben, in welches die den betreffenden kranken Körperteil des Patienten umgebenden Thermokörper, auch Thermoden genannt (aus Blei oder Guttapercha geformt), eingeschaltet sind. Den Apparat fertigt die Firma T. Rohrbeck Nachfolger, Wien I, Kärntnerstr. 59, die Thermokörper die Firma Leiter, Wien IX, Mariannengasse, an.

Durch die Anwendung konstanter feuchter Wärme bestimmter Temperaturen, die der Apparat gestattet, lassen sich innerhalb gewisser, wenn auch sehr verschiedener Zeiträume erzielen:

a. Baktericide Effekte bei der (abortiven) Behandlung des Ulcus venereum, sowie anderer nekrotisch-ulceröser, bakteriogener Prozesse im Derma (Erysipel, Gangraen, Phlegmone, Furunkel, Pustelbildungen, Impetigo contagiosa und Impetigo simplex, Trichophytia capillitii u. a.;

b. resorptive und wahrscheinlich baktericide zugleich in der abortiven Behandlung des Rheumatismus blennorrhoicus acutus, sowie der Prostatitis, Perimetritis blennorrhoica, follikulärer Abscesse, der Epididymitis und Funiculitis blennorrhoica acuta und chronica, entzündlicher und ulceröser Bubonen, sowie mancher infektiöser Granulome, Sycosis parasitaria und vulgaris, Actinomycosis etc.;

c. resorptive Effekte in der Aufsaugung von älteren entzündlichen Infiltraten, Acne indurata, spezifisch gummöser Herde oder Infiltrationen auf traumatischer Basis; auf den Grenzgebieten der Chirurgie, ferner auch bei Exsudationsresten in Gelenken nach Rheumatismus und Gicht, Periostosen, Ostitis, entzündlichen Varixknoten, Blutungen nach Distorsionen, Quetschungen, ferner zwecks Beschleunigung der Wundheilung bei stark eiternden Wunden zur Beschränkung der profusen Leukocytose;

d. anregende, histologische Effekte bei Atonie, Torpidität in der Granulationsbildung, Neigung zur Serpiginosität und zum Gewebszerfall;

e. schmerzstillende Effekte bei entzündlichen wie neuralgiformen Zuständen aller Art; die Fälle von Gewebsalienationen in den Nerven selbst mit inbegriffen.

Die Technik des Verfahrens ist einfach, und die Anwendung des Apparates auch im Privathause ohne erhebliche Schwierigkeiten und Kosten möglich.

Mit Hydrothermoregulator läßt sich jede Wärmewirkung bestimmter Temperaturen, auch abgesehen von therapeutischen Zwecken, genau feststellen.

2. **Ein schweres, spät eintretendes, bullöses Quecksilberexanthem nach zwölf Einreibungen mit grauer Salbe,** von P. Thimm-Leipzig. Eine im 9. Monate gravide syphilitisch infizierte 24 Jahre alte Frau machte eine Schmierkur durch. Etwa drei Wochen nach der letzten Inunktion und zwei Tage nach der Niederkunft bekam die Patientin unter hohem Fieber, kleinem, jagendem Pulse und intensivem Jucken eine fast universelle, diffuse, erythematöse Rötung der Haut. Das Gesicht war stark geschwollen. Zwei Tage später zeigte sich die Haut teils in nässende Ekzemflächen umgewandelt, teils mit verschieden grossen Bläschen und Blasen und dicken, gelblichen Krusten bedeckt. Im weiteren Verlaufe setzte eine starke, grossblättrige Abschuppung ein. Das Krankheitsbild war dem eines Pemphigas ähnlich. Zehn Tage nach Beginn der Erkrankung trat eine Remission in den schweren lokalen und All-

gemeinerscheinungen ein. Die Patientin genas. Das neugeborene Kind erkrankte ca. 8 Wochen nach der Geburt an Lues und sollte vom Vater mit Quecksilbersalbe (0,5 pro die) eingerieben werden. Am zweiten Tage besorgte dies jedoch die Mutter selbst, worauf sich bei der letzteren unter Jucken ein typisches Quecksilbererythem einstellte. Unter der Behandlung mit essigsaurer Thonerde, dann mit UNNAscher Bleiessigkühlsalbe, die vorzüglich juckstillend wirkte, heilte alles ziemlich rasch ab.

Verfasser berücksichtigt bei Erörterung der Differentialdignose und der Ätiologie sehr eingehend die einschlägige Literatur.

3. **Lichttherapeutische Spezialitäten und neue Lichtgeneratoren,** von HERMANN STREBEL-München. Verfasser beschäftigt sich seit Jahren mit dem Problem, die Blennorrhoe mit Licht zu heilen. Er geht von der Annahme aus, dass ebenso wie durch das Licht, resp. dessen chemischen Strahlengehalt, entzündliche Zustände der Haut und der Schleimhaut günstig beeinflufst werden, diese Eigenart des Lichtes auch für die Entzündung der Harnröhrenschleimhaut und die Abtötung der Gonokokken in Frage kommen könnte. Nach langen Versuchen gelang es Verfasser, in sondenförmigen Instrumenten das elektrische Glimmlicht zu erzeugen und den Nachweis zu erbringen, dafs dieses Licht eine deutlich photochemische und baktericide Wirkung besitzt. Auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg 1901 ist darüber berichtet worden.

Verfasser hat bisher mit dieser Methode 25 Fälle behandelt und in allen Fällen Besserung, bei einzelnen vollständiges Aufhören aller Symptome erzielt. Manche der Fälle hatten schon früher in spezialärztlicher Behandlung gestanden. Wahrscheinlich eignen sich für die Lichtbehandlung nur solche Fälle, bei denen die Schleimhautprozesse ziemlich oberflächlich liegen, und die überhaupt vom Lichte des Rohres getroffen werden müssen, um eine Beeinflussung zu erfahren. Tiefer liegende Prozesse bleiben unbeeinflufst. Für diese dürfte es empfehlenswerter sein, das Licht von aussen her auf die Wandungen der Urethra einwirken zu lassen. Verfasser hat zu diesem Zweck stärkere Lichtquellen in einem Falle auf die nackte Glans penis über dem Frenulum aufgesetzt und nach 12 Minuten langer Bestrahlung eine heftige Lichtreaktion mit Blasenbildung, Serumerguss, Ödem des Präputiums gesehen. Die noch restierende Blennorrhoe war nach einiger Zeit vollständig verschwunden. Es ist aber ratsamer, nur kurze Belichtungszeiten und Lichtkonzentration zu verwenden, um möglichst wenig subjektive Erscheinungen hervorzurufen. In sehr zweckmäfsiger Weise läfst sich das Lichtheilverfahren bei der Blennorhoe mit der Endoskopie kombinieren, indem man zunächst mit Hilfe des Endoskops die kranken Schleimhautpartien einstellt und dann eine Art Lichtätzung vornimmt.

4. **Eigentümliche leichte Ausziehbarkeit der Papillenhaare und ihrer Wurzelscheiden,** von S. GIOVANNINI-Turin. Diese eigentümliche Haarkrankheit kam bei drei Geschwistern (zwei Brüdern und einer Schwester) vor, während die übrigen vier Geschwister und die noch lebende Mutter frei davon waren. Man brauchte bei einem der Patienten die Haare nur einfach mit den Fingern fest zu fassen und einen nur leichten Zug auszuüben, um ein grofses Büschel herauszuziehen. Die so herausgelösten Haare waren nur zum geringsten Teile im regelmässigen Wechsel begriffen, die meisten zeigten vielmehr an ihrem unteren Ende jene dunkle und weiche Partie und jene weissliche, halbdurchscheinende Hülle auf, welche die von ihren Wurzelscheiden umgebenen Papillen-Haare charakterisiert. Die mikroskopische Untersuchung der ausgezogenen Haare ergab, dafs die meisten zusammen mit der ganzen inneren und mit ungefähr der Hälfte der äufseren Wurzelscheide epiliert waren. Hinsichtlich der Struktur war nichts Abnormes zu sehen.

Die Anomalie ist durchaus selten. *C. Berliner-Aachen.*

The British Journal of Dermatology.

Band 14. November 1902.

1. **Dermatitis vegetans**, von W. A. Jamieson-Edinburgh. Die Affektion bei dem achtjährigen, blassen, dürftig genährten, nervösen Mädchen begann vor einem Jahre etwa mit einer Entzündung des Nagels des linken Mittelfingers. Der Nagel fiel ab; die Entzündung ergriff den ganzen Finger, dann den Zeigefinger, den Handrücken bis zum Handgelenk, sechs Monate später die Kopfhaut und andere Körperstellen. Der erkrankte Bezirk an der Hand war von der gesunden Haut scharf abgegrenzt durch einen schmalen, erythematösen Rand, innerhalb dessen sich zunächst einige Bläschen und etwas weiter nach dem Zentrum hin eine erhabene, rauhe, wie granulierte, graufarbige, warzenartige Partie befand. Zwischen den verrukösen Prominenzen quoll auf Druck etwas dünne, seropurulente Flüssigkeit hervor, die im weiteren Verlaufe zu einer gelblichgrauen, festhaftenden Kruste eintrocknete. Einen ähnlichen vegetativen Zustand wies der Daumen, und hier und da eine Stelle an den Schultern und auf dem Kopfe auf. Die Kopfhaut zeigte ausserdem noch zahlreiche kleine papulöse und pustulöse Efflorescenzen. Die Haare schienen nicht befallen. Die Cervical-, Submaxillardrüsen waren stark geschwollen. Die Labia majora zeigten ähnliche vegetative Geschwülste, wie die Hand. Die Patientin klagte viel weniger über Jucken, als über Schmerzhaftigkeit.

Die histologische Untersuchung eines excidierten Hautstückchens ergab folgende Befunde: Das Epithel ist stellenweise stark verdickt, die Epithelzapfen sind, ohne Verzweigungen zu bilden, verlängert und reichen weit ins Corium hinein. Es besteht aktive Proliferation in Teilen des Stratum Malpighii. Das Corium ist von zahlreichen Bindegewebszellen, Lymphoidzellen und Leukocyten durchsetzt. Einige derselben sind polynukleär (neutrophile), viele aber eosinophil. Das markanteste Merkmal ist die Ansammlung von zumeist eosinophilen Leukocyten in den tieferen Schichten der Epidermis. Man findet sie besonders in kleinen cystenähnlichen Räumen des Epithels. Mikroorganismen waren nicht nachweisbar. Auch die Untersuchung des Blutes ergab eine ungewöhnlich hochgradige Eosinophilie.

Die Behandlung erwies sich anfangs erfolglos. Erst unter Anwendung eines Wasserstoffsuperoxyd-Sprays mit nachfolgender Einfettung der Haut mit Vaselin trat eine auffallende Besserung des Zustandes ein. Innerlich wurde Leberthran verordnet. Eine bereits früher unternommene antisyphilitische Kur hatte keinen Effekt gehabt.

Der Verfasser bespricht ausführlich die einschlägige Literatur und die Differentialdiagnose. Vom Pemphigus vegetans unterscheidet sich der vorliegende Fall durch das Fehlen jeglicher Erscheinungen im Munde, durch die unterschiedslose vegetative Veränderung jeder aufschiefsenden Pustel, durch die verhältnismäfsig sehr geringe Störung des Allgemeinbefindens, durch die starke Eosinophilie in dem Inhalte der Hohlräume der Epidermis.

2. **Über die Ursache der blauen Zehen (Cyanidrosis?)**, von Arthur Hall-Sheffield. In der Literatur sind einige Fälle von blauer Verfärbung der Haut zwischen den Zehen besonders bei jungen Frauen beschrieben. Die einen Autoren haben die Erscheinung auf Chromidrosis, auf bakterielle Produkte im Schweifse, vielleicht den Bacillus pyocyaneus zurückgeführt, andere haben eine hysterische, artifizielle Verfärbung angenommen.

Verfasser berichtet über drei Fälle. Bei zwei Patientinnen wird man aller Wahrscheinlichkeit nach das Tragen schwarzer Strümpfe für die blaue Färbung der schwitzenden Haut zwischen den Zehen verantwortlich machen können. Bei einer anderen Frau fand Verfasser eine ähnliche Verfärbung in den Achselhöhlen, die augenscheinlich durch das Tragen einer dunkelroten Bluse hervorgerufen worden war.

Um sich nun zu vergewissern, ob in dem dritten der beschriebenen Fälle wirklich die schwarzen Strümpfe an der Erscheinung schuld seien, legte Verfasser einen Strumpf der Patientin für 24 Stunden in die Achselhöhle. Nach Entfernung des Strumpfes erwies sich die Achselhöhle ebenso wie die Füfse verfärbt.

C. Berliner-Aachen.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 20. Oktober 1902.

I. **Fünfundzwanzig Jahre der Existenz, des Wirkens und Schaffens der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft,** von G. Th. Jackson - New York. Auf der letzten Jahresversammlung der Gesellschaft im September 1902 gab Verfasser als Vorsitzender derselben in seiner Eröffnungsrede einen kurzen Lebenslauf derjenigen Männer, die, wie J. E. Graham, sich um die Gründung, das Blühen und Gedeihen der Gesellschaft wohl verdient gemacht haben.

II. **Zwei Fälle von bösartigem Gefäfstumor (Perithelioma) der Haut,** von P. G. Wooley und E. H. Hamilton-Montreal. Der erste Fall betraf einen 10jährigen Knaben, der vor ca. zwei Wochen im Anschlufs an einen Stofs auf die grofse Zehe, über dem Phalangealgelenk, einen hellroten, leicht gestielten Tumor bekam.

Mikroskopisch erwies sich derselbe als ein peritheliales Haemangio-Sarcoma. Die Masse des Tumors bestand aus wohl ausgebildeten Blutgefäfsen, die keine Blutzellen enthielten, deren Endothel intakt war. Dagegen zeigte das perivaskuläre Bindegewebe zahlreiche Zellen von epitheloidem und fibroblastischen Charakter, die das Bild eines reinen Peritheliomas oder eines Spindelzellensarkoms darboten.

Der zweite Fall betraf ein 3½ Jahre altes Kind, das auf der Kopfhaut über dem hinteren Aste der Arteria temporalis ein kleines, rosenrotes Gewächs zeigte. Wie im ersten Falle, so ergab auch im vorliegenden die mikroskopische Untersuchung, dafs man es mit einem perithelialen Hämangiosarkom zu tun hätte. Eine Ursache für die Entstehung desselben konnte nicht eruiert werden.

III. **Die fettige Degeneration der Blase im mittleren und vorgeschritteneren Lebensalter,** von G. F. Lydston - Chicago. Ein 40jähriger, starker Potator war an Delirium tremens mit akuter Retentio urinae gestorben. Die Sektion des Urogenitalapparates ergab unter anderen Befunden makroskopisch Verengerungen der Harnröhre durch Narben eines alten Schankers und zwei ringförmige Strikturen als Überreste einer alten Blennorrhoe. Die Prostata war mäfsig vergröfsert, die Pars prostatica urethrae hyperämisch und verdickt. Die Blase erwies sich als stark erweitert, die Schleimhaut zeigte eine körnige Oberfläche. An der gelben Farbe des Prostatakörpers und der Blasenwand war die fettige Degeneration derselben schon makroskopisch erkennbar. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die makroskopischen Befunde. Der Verfasser ist der Ansicht, dafs wahrscheinlich excessiver Alkoholismus zur fettigen Degeneration der Blase führe, und dafs es infolge von Atonie einer solch veränderten Blase zur Urinretention und dann leicht zur Blasenruptur kommen kann.

IV. **Zoster Glossitis,** von Max Reichmann - Chicago. Der Verfasser beschreibt 1. einen Fall von Zoster menstrualis sacro-lumbaris; 2. eine Glossitis superficialis chronica (Moeller).

Der erste Fall betraf eine 35jährige Frau, welche seit den letzten zehn Jahren mit jeder Menstruation in der linken Regio sacro-lumbaris einen Bläschenausschlag bekam. Dem Ausbruch pflegte 2—3 Tage vorher Brennen und Jucken an den befallenen Stellen vorauszugehen. Nach 8—10 Tagen waren alle Erscheinungen ohne

jede Behandlung verschwunden. Verfasser hatte Gelegenheit, sich von der Richtigkeit der Angaben der Patientin zu überzeugen. Die Behandlung bestand in innerlichen Gaben von Arsenik. Die folgenden zwei Monate stellte sich der Ausschlag noch ein, ist aber seitdem unter der Arsenmedikation nicht mehr wiedergekehrt.

Der zweite Fall betrifft ein 18jähriges, sehr dürftig genährtes Mädchen, das seit der frühesten Kindheit an der rechten Submaxillargegend einen harten, indolenten Tumor zeigt und seit sechs Jahren an hartnäckiger Konstipation und mangelhaftem Appetit leidet.

Die Oberfläche der Zunge hat einen braunen Überzug; die Zungenspitze, die Ränder und die untere Fläche sind mit hellroten, linsengroßen Papeln bedeckt; ebensolche sieht man an der Schleimhaut der Wangen und der Lippen nahe dem Mundwinkel.

Die histo-pathologische Untersuchung einer excidierten, frischen Papel ergab eine enorme kleinzellige Infiltration mit Verlust des Epithels, weshalb die Diagnose auf Glossitis superficialis chronica lautete. Eine Besserung wurde weniger durch die lokale, als durch die allgemeine, diätetische, roborierende Behandlung, insbesondere mit innerlichen Gaben von Arsen und Eisen, erzielt.

Band 20. November 1902.

I. **Eine Kritik von L. Philippsons Vorschlägen zur Reform der Dermatologie,** von H. G. Klotz-New York. Philippson macht der modernen Dermatologie den Vorwurf, daſs sie zuviel Gewicht lege auf das klinische Aussehen der erkrankten Haut, besonders auf die sogenannten Elementarläsionen, ohne den anatomischen Prozeſs zu berücksichtigen, der dieselben hervorrufe; daſs sie die erkrankte Haut in einer den gewöhnlichen Regeln der allgemeinen Pathologie widerstreitenden Weise beschreibe; daſs sie die Diagnose auf die morphologischen, anstatt auf die anatomischen Merkmale gründe, und daſs sie von unwissenschaftlichen Gesichtspunkten aus die einzelnen Krankheiten definiere. Zur Reform der Dermatologie verlangt Philippson, daſs die Untersuchung, die Beschreibung, die Diagnose der krankhaften Zustände der Haut stets auf die Entdeckung des pathologisch-anatomischen Prozesses und seiner Genese gerichtet seien.

Der Verfasser fragt: 1. Ist in der Dermatologie etwas reformbedürftig? 2. Ist der von Philippson vorgeschlagene Plan praktisch und auch wirklich geeignet, zu reformieren? Die Antwort auf diese Fragen lautet bejahend, nur setzt die Macht der Gewohnheit, das Festhalten am Traditionellen bei den älteren Dermatologen der Einführung, wenn auch wohlberechtigter Neuerungen seitens der jüngeren Forscher einen sehr kräftigen Widerstand entgegen.

II. **Über einige Nagelaffektionen,** von F. J. Leviseur-New York. Der Verfasser beschreibt an der Hand von Moulages und Illustrationen einige Fälle seltener Nagelaffektionen. Entgegen der Ansicht mancher Autoren, daſs es ganz unmöglich sei, klinisch zwischen Ekzem, Lichen, Psoriasis auf der einen Seite und Onychomykosis trichophytica auf der anderen zu entscheiden, zeigt der Verfasser, daſs es doch vereinzelte charakteristische Merkmale gebe, an denen die Trichophytie der Nägel zu erkennen sei. Die Krankheit beginnt gewöhnlich mit einer gelblichen Verfärbung der Nagelplatte. Der befallene Teil des Nagels verliert seinen Glanz, verdickt sich und wird durchscheinend. Geht die Affektion vom freien Rande aus, so tritt bald Hyperkeratosis des Nagelbettes auf, die die Nagelplatte nach oben drängt und oft eine leichte Onychogryphosis hervorruft. In einem Falle, der ein 13jähriges Mädchen betraf, hatte sich die Patientin an einer Katze angesteckt.

Wahrscheinlich ebenfalls parasitären Ursprungs ist eine Nagelaffektion, welche sich vorwiegend bei jugendlichen Personen findet und gewöhnlich mit seborrhoischem

Ekzem und Pruritus ani oder scroti kombiniert ist. Sie befällt zuerst die Nagelplatte, indem sie von der Gegend der Lunula ihren Ausgang nimmt und sich sehr rasch über den ganzen Nagel verbreitet. Charakterisiert ist sie durch sehr kleine, runde, flache, zuweilen konzentrisch angeordnete Vertiefungen, von denen die ganze Oberfläche der Nagelplatte bedeckt ist. Die Affektion erinnert an den „Etat pointillé des ongles", der als charakteristisches, frühzeitiges Symptom der Psoriasis angesehen wird, doch beginnt sie niemals, wie der letztere, mit hellroten, hyperämischen Punkten. Die Einzelläsionen sind auch viel kleiner, als beim Etat pointillé; endlich hat sie Verfasser niemals zusammen mit Psoriasis gesehen. Die mikroskopische Untersuchung auf Parasiten hatte ein negatives Ergebnis.

Pathologische Veränderungen der Nägel finden sich in Verbindung mit Pompholyx resp. Cheiropompholyx. Die Nagelmatrix ist befallen. Im weiteren Verlaufe bildet sich ein neuer Nagel, der den alten nach vorn drängt, ähnlich wie bei der infektiösen Onychia.

Vielfach ist Hantieren mit reizenden Chemikalien an manchen Nagelaffektionen, besonders am Ekzem der Nägel, schuld, wie Verfasser an einigen Beispielen zeigt.

Favus der Nägel wird klinisch am besten erkannt an den kleinen Hohlräumen, welche vom freien Nagelrande ausgehend, sich nach der Lunula hin fortsetzen und mehr oder weniger mit Detritus erfüllt sind. Zumeist besteht gleichzeitig Favus der Kopfhaut. Die Oberfläche der Nagelplatte selbst erscheint intakt.

Der Verfasser berichtet sodann über einen Fall von Koilonychia, charakterisiert durch eine querverlaufende Erhabenheit im Zentrum des Nagels, welche den letzteren in zwei löffelartig ausgehöhlte Partien teilt, und zuletzt über einen Fall von Onychorrhexis, die Heller als Onychatrophie bezeichnet.

III. **Über Naevocarcinom**, von A. Ravogli-Cincinnati. Der Verfasser berichtet über zwei weitere Fälle von Naevocarcinom. Der eine betraf eine 40jährige Dame, die seit der Geburt in der Regio lumbo-sacralis einen nicht pigmentierten Naevus hatte. Derselbe verursachte ihr keinerlei Beschwerden, bis er vor einigen Jahren zu wachsen begann und nach und nach sich über die ganze Lumbosacralregion ausdehnte.

Zur Zeit, als Verfasser die Patientin zum ersten Male sah, zeigte dieselbe eine grofse, aus zahlreichen kleinerbsen- bis haselnufsgrofsen, teils glänzend roten, teils ulcerierten und wuchernden Knoten zusammengesetzte Masse, die infolge von Röntgenbestrahlung ebenso wie die ganze umgebende Haut geschwollen war und das Bild einer Dermatitis darbot. Einige Wochen später starb die Patientin an Krebskachexie. Leber, Pankreas, Nieren und andere Organe zeigten bei der Autopsie carcinomatöse Metastasen.

In dem zweiten Falle, der einen 51jährigen Mann betraf, safs der Naevus im linken Hypochondrium und war stark pigmentiert. Derselbe verursachte ihm zeitweilig Jucken, und häufig unbewufst kratzte und scheuerte er die Stelle, die eines Tages zu nässen anfing. Allmählich nahm der Naevus an Gröfse zu und war zur Zeit der ersten Besichtigung durch den Verfasser weit gröfser als ein Silberdollar geworden, hatte eine runde Gestalt, dunkelbraun-rote Farbe und zeigte eine unregelmäfsig vegetierende, übelriechendes Sekret absondernde Oberfläche. Sehr eingehend beschreibt Verfasser die histologischen Befunde und knüpft an dieselben Betrachtungen über die Pathogenese der Naevocarcinome. Auf Grund der in der Literatur mitgeteilten Beobachtungen und Experimente scheint es dem Verfasser wahrscheinlich, dafs das Carcinom sich einmal als eine parasitäre Krankheit erweisen wird. Von den präexistierenden Zellen entstehen durch Proliferation Tumoren, zunächst noch nicht maligner Natur. Die Malignität ist erst das Resultat einer Infektion, die von aufsen

kommt, oder von im System selbst schlummernden Keimen, wie bei der hereditären Syphilis, herrührt.

Das Carcinom ergreift oft die Naevi wegen der häufigen Irritamente, denen dieselben ausgesetzt sind, und wegen ihres weichen Stromas, das auf Reize leicht reagiert. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1902. Heft 12.

1. **Beitrag zur Behandlung der Krankheiten der Hoden und ihrer Adnexe,** von J. Zabludowski-Berlin. Der Verfasser hat seine zur Behandlung der Impotentia virilis angegebene Methode nun auch bei einer Reihe von traumatischen und bacillären Erkrankungen der Hoden und ihrer Adnexe mit sehr gutem Erfolge angewendet. Die Methode besteht im wesentlichen darin, in den erkrankten Gebieten starke Blutdruckschwankungen und dadurch eine Besserung der Ernährung, sowie einen Wechsel im Tonus der nervösen Elemente und dadurch je nach dem Falle eine Reizung oder Beruhigung der Organe herbeizuführen. Dies wird erreicht durch folgende Manipulationen, deren Ausführung in der vorliegenden Arbeit durch Abbildungen erläutert wird: 1. Umschnürung des Penis und des Skrotums mittels eines elastischen Gummischlauchs von ca. 160 cm Länge und ca. 8 mm Durchmesser. Der Schlauch wird in mehreren Touren um die Basis des Skrotums und die Wurzel des Penis so fest herumgelegt, dafs eine ziemlich starke Kompression und infolgedessen eine Stauung in den Venen und Lymphgefäfsen erzeugt wird; schmerzhafte Empfindungen dürfen dabei aber nicht entstehen. Die Enden des Schlauches werden durch eine Klammer fixiert, die Umschnürung wird täglich zweimal je 15—30 Minuten lang vorgenommen. 2. Ziehende Melkbewegungen an den beiden Samensträngen. 3. Torsion der Samenstränge: die Basis des Skrotums wird von der linken Hand des Arztes fixiert, die rechte Hohlhand umfafst beide Hoden, während sich die Spitzen der Finger um die Samenstränge dicht an der Austrittsstelle aus den Hoden legen, dann werden mit beiden Hoden zuerst nach der einen, dann nach der anderen Seite 2—3 Halbumdrehungen gemacht. Die gleiche Prozedur wird auch mit jedem Hoden einzeln vorgenommen. 4. Expression der Hoden: die Basis des Hodensacks wird durch die linke Hand fixiert und das Skrotum selbst durch die rechte Hand nach oben gedrängt, unmittelbar darauf werden beide Hoden durch 3—4 von hinten nach vorne gehende oscillatorische Bewegungen exprimiert. In der gleichen Weise wird auch jeder Hoden für sich allein exprimiert. 5. Reiben (Friktion) des Perineums. 6. Erschütterung (Vibration) des Perineums. 7. Kneten (Petrissage) des Perineums, des Diaphragma urogenitale und des oberen Teiles der Innenseite der Oberschenkel. All' diese Manipulationen mit Ausnahme der Umschnürung werden aufser in Rückenlage auch in Seitenlage und in Knieellenbogenlage vorgenommen. 8. Erschütterung (Vibration) des Perineums und gleichzeitig der Kreuzbeingegend bei Bauchlage des Kranken. 9. Klopfen (Tapotement) des oberen Drittels der Hinterfläche der Oberschenkel ebenfalls bei Bauchlage des Patienten. Zu dieser Manipulation kommen dann noch passive und Widerstandsbewegungen der Bauch-, Perineal- und Oberschenkelmuskeln.

Die Indikationen für diese mechano-therapeutische Methode formuliert Z. in folgender Weise: 1. Chronische Hoden-, Nebenhoden- und Samenstrangentzündungen traumatischen oder blennorrhoischen Ursprungs, wenn sie sich im Stadium decrementi befinden. 2. Funktionelle Störungen, wie Impotenz, Priapismus, mit geringen anatomischen Veränderungen in den Hoden und ihren Adnexen. 3. Fälle, in denen die Funktionsstörungen am Urogenitalapparat (geschwächte Potenz, manchmal begleitet

von Störungen der Miktionen) primär auftreten als Symptome einer psychischen oder nervösen Alteration und in denen Reizzustände verschiedener Art sich erst einstellen, wenn die Funktionsstörungen lange Zeit hindurch bestanden haben. 4. Fälle, in denen schlechte Gewohnheiten bei Ausübung des Coitus oder zu energische lokale oder allgemeine therapeutische Maſsnahmen einerseits Reizzustände (abnorme Sensationen), andererseits allgemeine psychische Depressionen verursacht haben. 5. Fälle, welche mit einer angeborenen oder durch Krankheit erworbenen Verkürzung des Samenstranges einhergehen. 6. Atrophie des Genitalapparates infolge von Abstinenz (Atrophia ex inactivitate), 7. Sensibilitätsstörungen, und zwar sowohl Anästhesie (hysterische Formen) wie Hyperästhesie und Parästhesie (Testis irritabilis, Neurosen der Harnröhre) oder motorische Störungen irritativer Art (Pollutionen, Ejaculatio praecox) oder atonischer Art (Spermatorrhoe, mangelhafte Erektion). 8. Krankhafte Sekretionen der Urethra (chronische Blennorrhoe mit Urethritis posterior, Prostatorrhoe). — Natürlich sind nicht bei all diesen Affektionen sämtliche oben angeführte Manipulationen am Platze, es muſs vielmehr je nach dem Falle eine Auswahl unter denselben getroffen werden. So sind bei Infiltrationen, Exsudaten oder Transsudaten in den Hoden und in deren Nachbarschaft intermittierende Komplikationen und Klopfungen indiziert, bei Funikulitiden mit Verdickung und Verkürzung des Samenstranges Melkbewegungen und Dehnungen, bei Adhäsionen des Samenstranges Torsionen, bei Stauungen und entzündlichen Reizzuständen Umschnürungen und Melkbewegungen an den Samensträngen, bei Atrophien infolge von Schrumpfung des Bindegewebes Klopfungen und Vibrationen, bei Atrophia ex inactivitate die eigentlichen Massagebewegungen, passive und Widerstandsbewegungen. — Die Dauer der Behandlung beträgt 2—8 Wochen, die Dauer der einzelnen, täglich vorzunehmenden Sitzung, abgesehen von der Umschnürung, die der Patient selbst ausführen kann, 10—20 Minuten.

2. **Intrakapsuläre Exstirpation der hypertrophischen Prostata,** von Rydygier. Der Verfasser hat vor mehr als 2 Jahren die intrakapsuläre Enukleation der hypertrophischen Prostata empfohlen, sich aber seitdem davon überzeugt, daſs bei diesem Verfahren fast regelmäſsig die Pars prostatica der Urethra eröffnet und dadurch der Wundverlauf kompliziert und die Nachbehandlung verlängert wird. Um diese Gefahr zu vermeiden, schlägt R. jetzt an Stelle der Enukleation die intrakapsuläre Resektion vor. Das Verfahren ist folgendes: Nach Einführung eines möglichst dicken Katheters wird die Haut mittels eines einfachen Rapheschnittes, nur in ganz schwierigen Fällen mittelst eines queren Bogenschnittes durchtrennt und die Fascie gespalten. Dann arbeitet man sich auf stumpfem Wege in die Tiefe, um die hintere Prostatafläche freizulegen, schneidet bei weit auseinandergehaltenen Wundrändern in einiger Entfernung von der Mittellinie zuerst auf der einen Seite den unteren Teil der Prostatakapsel an der Hinterfläche breit auf, faſst die Ränder des Kapselspaltes mit der Hackenzange, schält mit dem Finger den entsprechenden Lappen der Prostata aus der Kapsel aus und wälzt ihn vor den Kapselspalt. In einiger Entfernung von der durch den eingeführten Katheter deutlich gemachten Harnröhre hört man mit der Ablösung auf, legt vor der Harnröhre und parallel mit ihr eine Klemmzange an und reseziert dann den ausgelösten Lappen. In gleicher Weise wird auf der anderen Seite verfahren. Die Operation ist für gewöhnlich leicht und verursacht keine starke Blutung. Wie es sich mit den Rezidiven nach dieser Operation verhalten wird, das kann allerdings erst eine längere Beobachtungszeit lehren.

Götz-München.

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band II. No. 23. 1902.

Eine seltene Ursache von akuter Phimose, von Braine-Paris. Beim Baden ohne alle Bekleidung an der Meeresküste hatte der Patient, ein sonst völlig gesunder 30jähriger Kommis, an einem mit See-Anemonen (Aktinien) besetzten Felsen sich emporgezogen, wobei er plötzlich ein unangenehmes Kitzeln am Penis verspürte, das alsbald einem intensiven Brennen und Jucken Platz machte. Es folgte eine sehr erhebliche, entzündliche, ödematöse Schwellung des ganzen Gliedes, mechanische Verhinderung des Urinabflusses und lebhafte Bläschenbildung in gröfserer Ausdehnung. Trotz geeigneter Behandlung war noch 7 Wochen nachher der Kranke nicht vollständig geheilt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1902. Heft 9—10.

Drei Fälle einer Familien-Lepra, von Batut. Es handelt sich um drei Brüder aus Gabes in Tunis. Alle drei sind Fischer und leben fast ausschliefslich auf hoher See. In ihrer Heimat und in ihrer Familie sind keine weiteren Fälle von Lepra bekannt. Sie kommen aber nicht selten nach Tripolis und verkehren viel mit griechischen Seeleuten aus dem Archipel; möglich, dafs sie auf diese oder jene Weise angesteckt wurden. Ihre Lepra hat die tuberkulöse Form, sitzt im Gesicht und am ganzen Körper, Finger und Zehen sind nicht verstümmelt. Ihr Gesundheitszustand ist einstweilen noch ausgezeichnet, die Krankheit nimmt aber einen raschen Verlauf.

Vier Fälle von Aktinomykose bei Soldaten, von L. Batut. Während eines fünfjährigen Kommandos in Lyon hat Batut, Militärarzt, vier Soldaten mit Aktinomykose des Gesichts, des Halses u. s. w. in Behandlung bekommen. Die Patienten stammten aus verschiedenen Teilen Frankreichs und wurden alle mit der Diagnose „Zahngeschwür" ins Lazarett geschickt. Drei waren bei Abfassung des Berichts schon geheilt, beim vierten stand die Heilung zu erwarten. B. glaubt nicht recht an die Wirksamkeit des Jodkaliums und verspricht sich vom scharfen Löffel mehr Erfolg.

Die Frostgeschwüre der alten Leute, von Ch. Audry. A. lenkt die Aufmerksamkeit der Ärzte auf Veränderungen der mittleren Phalangeal-Knochen, die infolge von Frost auftreten können. Seine beiden Beobachtungen betreffen Männer von 70 bezw. 76 Jahren, die in der Jugend an Frost gelitten hatten und bei denen sich nach dem 60. Lebensjahre wiederum Frostgeschwüre einstellten, und zwar beginnt die Erkrankung jedes Jahr im Dezember, um im nächsten Juni zu enden. Aufser den bekannten Veränderungen bestanden bei beiden Patienten Verstümmelungen an den mittleren Phalangealknochen besonders der Finger. An einzelnen Fingern ist das Mittelglied wesentlich verkleinert und mit der letzten Phalange fast zu einem Stück verschmolzen; auch das dritte Fingerglied ist stark verkleinert, die Pulpa digiti fehlt ganz; Hautsensibilität ist aber erhalten. — A. führt diese anatomischen Veränderungen auf die anhaltende Stase im Bindegewebe zurück; trophoneurotische Störungen sind seines Erachtens nicht im Spiel.

Ein syphilitisches Horngewächs im Schnurrbart, von Audry und Constantin. Dieses Horngewächs hatte sich im Verlauf einer frischen, nicht behandelten Syphilis gebildet; es safs unterhalb der Nase im linken Schnurrbart, war ganz cylindrisch, 1½ cm hoch und hatte einen Umfang von 3 mm; aus seiner Mitte ragte ein Haar hervor. Histologisch erwies es sich als eine peripiläre, syphilitische Papel, auf der eine äufserst starke Papillomatose sich entwickelt hatte. Von den richtigen Horngewächsen unterschied es sich durch das Fehlen von Degenerationszeichen am Epithel

und durch eine schwache Hyperkeratose, so dafs die Neubildung histologisch den Warzen näher stand.

Phlebitis syphilitica der Vena poplitea, von Ch. Audry. Dafs nicht nur die oberflächlichen Hautvenen, sondern auch wichtige, in der Tiefe liegende Stämme syphilitisch erkranken können, beweist der hier vorgetragene Fall, wobei es zu einer ausgesprochenen Phlegmasia alba dolens syphilitica kam. Heilung erfolgte rasch unter Schmierkur.

Zweiter internationaler Kongrefs zur Prophylaxe der Syphilis und der venerischen Krankheiten. Brüssel, 1. bis 6. Sept. 1902. Dieser das ganze Oktoberheft des *„Journal“* füllende Bericht bringt in ausführlicher Darstellung die Vorträge und Berichte auf dem jüngsten Brüsseler Kongrefs. Ein Referat erübrigt sich um so mehr, als die deutsche Fachpresse schon eingehend über die Verhandlungen auf dem Kongrefs berichtet hat. *Türkheim-Hamburg.*

Bücherbesprechungen.

Encyklopädie der mikroskopischen Technik, von Paul Ehrlich, Rud. Krause, Max Mosse, Heinrich Rosin, Carl Weigert. (Wien 1903. Urban & Schwarzenberg.) 1. Abteilung. Wenn man nach dem ersten Teil des Werkes, welcher die Buchstaben A bis F enthält, schliefsen darf, so ist mit dem neuen Buche eine mustergültige Encyklopädie geschaffen worden, die bald ein unentbehrlicher Ratgeber für alle die sein wird, welche sich mit Mikroskopie befassen. Sie bietet eine vollständige Übersicht in allen technischen Fragen und umfafst mit einer Vollständigkeit alle Daten, welche sich auf Anatomie und Entwickelungsgeschichte, pathologische Anatomie, Bakteriologie, Zoologie, Botanik beziehen, soweit sie mikroskopisch Bedeutung haben. Sehr praktisch ist auch die Einrichtung, bei jeder Sache eine ausführliche Literaturangabe beizufügen, so dafs jeder leicht das ihn Interessierende nachschlagen kann, ohne erst tagelang sich die Literatur zusammenzusuchen. Das Buch soll mit Ausnahme der Mineralogie und Pharmakognosie die gesamte Mikrotechnik umfassen und gleichzeitig eine möglichst vollständige Übersicht über die Chemie und Physik der in der Mikrotechnik benutzten Reagentien und Farbkörper geben. Das ganze Werk ist reich mit guten Illustrationen ausgestattet und wird in drei Teilen erscheinen, deren letzter im Oktober 1903 zur Ausgabe gelangt. Einzelnes aufzuführen ist bei dem grofsen Stoff nicht möglich, es kann nur jedem aufs wärmste empfohlen werden, zumal aufser den Herausgebern eine grofse Anzahl bekannter Fachmänner mitgewirkt haben, deren Namen für die Güte des Gebotenen bürgen. Möge das neue Buch bald Gemeingut aller Leser werden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität, von M. Hirschfeld-Charlottenburg. IV. Jahrgang. (Leipzig. Verlag von Max Spohr. 1902.) Von Hirscheelds stets so reichhaltigem, hochinteressantem und vorzüglich ausgestattetem Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen liegt der vierte Jahrgang vor. Es sei gestattet, aus der grofsen Fülle des Stoffes zwei Abhandlungen herauszugreifen: Max Katte-Berlin: Der Daseinszweck der Homosexuellen und die zum Werke von Wachenfeld-Rostock gehörige Kritik von Numa Praetorius: Homosexualität und Strafgesetz. Katte verteidigt vor

allem den Standpunkt, daſs die Neigung zum gleichen Geschlecht an und für sich nichts Unedles oder Unsittliches sei. Oder sollten alle die groſsen homosexuellen Geister wie PLATO, MICHELANGELO, PLATEN, WINKELMANN, SHAKESPEARE, unsittlich gewesen sein? Auch besteht keineswegs die Befürchtung zu Recht, daſs die heterosexuelle Jugend durch Homosexuelle verführt werden könnte. Die Erfahrung beweist, daſs heterosexuell empfindende Personen durch die Annäherung Homosexueller abgestoſsen werden. Das Wesen der Menschen läſst sich nicht ummodeln, es liegt in sich selbst begründet. Nur bei homosexueller Anlage wäre eine derartige „Verführung" denkbar. Der heterosexuelle Trieb ist doch gewiſs ebenso mächtig als der homosexuelle. Daſs letzterer aber mächtig ist, beweist der Umstand, daſs er trotz drakonischer Gesetze und anderer Gefahren sich unausrottbar zeigt. Ein Hauptvorwurf, der den Gleichgeschlechtlichen stets gemacht wird, ist der, daſs sie den wahren Daseinszweck, die Fortpflanzung der Menschheit, auſser acht lieſsen. Der Verfasser sucht diesen Vorwurf zu entkräften. Die Aufgabe des Weibes ist die Fortpflanzung sagt man. Demnach müſste diese allein auch der Hauptdaseinszweck des Mannes und die Erzeugung neuer Geschlechter der Zweck der ganzen Menschheit sein. Und das kann doch nicht sein. Als Daseinszweck der Homosexuellen bezeichnet der Verfasser die Zeugung neuer Ideen. Der Homosexuelle liebt den Mann als das an innerem Werte überragende Geschlecht, was unmöglich unsittlich sein könne. Die Pflege des Geistes im geliebten Mann, seiner Seele, sei die Hauptsache, die Pflege des sexuellen Verkehrs mit ihm nur ein Nebenzweck für den Homosexuellen. Stehen auch letztere nicht sämtlich auf gleicher ethischer Höhe, so sind doch jedenfalls auch Prostitution, Geldheirat, Kompromis-Heiraten und anderes keine Faktoren, die man zu Gunsten der Heterosexualität verwerten könnte.

NUMA PRAETORIUS kritisiert WACHENFELDS „Homosexualität und Strafgesetz". Die Bestrafung des gleichgeschlechtlichen Verkehrs müsse sich auf beischlafsähnliche Handlungen und auf die mann-männliche Gemeinschaft beschränken. Auch die interfeminelle sollte noch zukünftig unter Strafe gestellt werden. Die Strafe, ein Tag bis 5 Jahre Gefängnis sei entsprechend dem Verbrechen. Man solle aber unter Umständen mildernde Umstände bewilligen und dann auf Geldstrafen erkennen. Die Schuld könne infolge Jugend oder Verführung eine geringere sein. WACHENFELD will auch eine Bestrafung jener Individuen eingeführt wissen, welche andere zur widernatürlichen Unzucht verführt haben. KRAFFT-EBINGS Forderung, nur solche Personen, welche mit Homosexuellen unter 18 Jahren Unzucht treiben, zu bestrafen, wird verworfen. Die Bestrafung der Bestialität sei zu entbehren. Zwar sei sie enorm unsittlich, störe aber die allgemeine Wohlfahrt nicht, weil bei ihr keine zweite Person dem Wüstling zum Opfer falle, da er mit Tieren verkehre. NUMA PRAETORIUS verwirft WACHENFELDS Vorschläge von A bis Z. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Klinische Bemerkungen über chronischen Tripper, von A. RAVOGLI-Cincinnati. (*Louisville Journ.* 1901. No. 6.) Die Abhandlung bringt keinerlei Neues.

Hopf-Dresden.

Der Morgentropfen und dessen Behandlung, von FROD. C. VALENTINE. (*Med. News.* 19. Juli 1902.) V. ist der Ansicht, daſs der sogenannte Morgentropfen viel mehr Beachtung verdiene, als es bislang in ärztlichen Kreisen der Fall sei. Denn es giebt nicht nur eine, sondern eine ganze Reihe von Ursachen für das Auftreten dieser pathologischen Erscheinung. Nach der Häufigkeit ihres Vorkommens faſst sie V. folgendermaſsen zusammen: 1. die chronische Blennorrhoe, welche meist fälschlicherweise als die einzige Ursache angenommen wird; 2. Erkrankung der Krypten und Drüsen (durch KOLLMANNS Aspirator zu erkennen); 3. Urethritis blennorrhoica posterior — durch die Urethroskopie, durch Expression des Urins per rectum, durch die Methylenblauprobe und durch die Jodeisenprobe zu erkennen; 4. nichtblennorrhoische Urethritis posterior, welche als Folge einer blennorrhoischen Urethritis, aber häufig auch von Coitus condoratus, interruptus und reservatus auftritt; 5. Prostatitis und Entzündung der Samenbläschen; 6. Strikturen; 7. enger Meatus (angeborene oder erworbene Atresie); 8. Neubildungen (meist Kondylome); 9. aseptische (katarrhalische) Urethritis — am besten durch einfach adstringierende Mittel wie 1%ige Pikrinsäure, welche am Beginn oft Wunder leistet, zu behandeln — und 10. der sogenannte Erektionstropfen, welcher meist nur bei jungen, nicht geschlechtskranken Leuten bei der Morgenerektion auftritt. Neben diesen lokalen Ursachen zählt V. noch einige allgemeiner, konstitutioneller Natur auf, wie Störungen der Harnabsonderung (Phosphaturie, Oxalurie; übermäſsige Ausscheidung von Harnsäure), rheumatische Urethritis, Urethritis infolge von reichlichem Genuſs mancher Speisen und Getränke und last not least infolge von allzu forcierter und lange ausgedehnter Behandlung. — V. sieht dies für eine ziemlich häufige Ursache des Morgentropfens an und hebt die Schwierigkeit für den Praktiker hervor, zur rechten Zeit mit der Behandlung, der chronischen Blennorrhoe insbesondere, aufzuhören. Ist der Morgentropfen nicht durch eine der erwähnten lokalen oder allgemeinen Ursachen hervorgerufen, so liegt diese letztere Ursache oder künstliche sexuelle Irritation zu Grunde. Natürlich richtet sich die Therapie je nach den Ursachen, die nach V.s Ansicht nicht schwer festzustellen und deren Behandlung jedenfalls noch in die Sphäre des allgemein praktischen Arztes fallen. [Refer. möchte diese letzteren Leitsätze des Verfassers, der über eine groſse Erfahrung zu verfügen scheint, trotzdem in Frage stellen und die Schwierigkeiten der diagnostischen Unterscheidung, wie sie diese verschiedentlich angeführten Ursachen bedingen, oft als sehr erhebliche bezeichnen.] *Stern-München.*

Über blennorrhoische Krankheiten und deren Behandlung mit Moorbädern, von MEYER-Muskau. (*Dtsch. Mediz.-Ztg.* 1902. No. 48.) Von den blennorrhoischen Nachkrankheiten wurden durch Moorbäder günstig beeinfluſst die Arthritiden, Perimetritiden und Neuritiden, sie wirken beruhigend und aufsaugend und sollten nach Verfassers Ansicht mehr berücksichtigt werden, als dieses bisher geschieht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von J. COHN-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* 1902. Heft 8.) Die Therapie der chronischen Blennorrhoe setzt sich zusammen aus Dilatation (mit elastischen, Metallbougies, Dilatatoren nach OBERLÄNDER, KOLLMANN, LOHNSTEIN u. s. w.) und Anwendung von adstringierenden resp. noch antiseptischen Flüssigkeiten mittels der Instrumente von ULTZMANN, GUYON, JANET oder der Blasenspritze, denen bei Mitbeteiligung der Prostata die Massage dieser Drüse vom Rectum aus vorangehen muſs. Daneben ist die Beobachtung allgemeiner hygienisch-diätetischer Maſsnahmen wichtig. So lange im Sekrete oder in den Faden noch Mikroorganismen gefunden werden, muſs die Behandlung fortgesetzt werden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Behandlung des Harnröhrentrippers und seiner Komplikationen beim Manne, von M. v. Zeissl-Wien. (*Wiener Klinik.* 1902. Urban & Schwarzenberg.) Der bekannte Verfasser beschreibt in abgerundeter präziser Form die Behandlung der Blennorrhoe beim Manne, bei dem ihm seine reichen Erfahrungen zur Seite stehen und dem Werke einen besonderen Wert verleihen. Die Abbildungen sind durchweg gut. Der Name des Verfassers bürgt von vornherein für die Güte der Schrift, die jedem empfohlen werden kann. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Tripperbehandlung, von Neuhaus-München. (*Bayr. ärztl Correspdbl.* 1901. No. 17.) Neissers Methode, dem Tripper bei seinem Entstehen gleich mit den stark antibakteriellen Silbersalzen entgegenzutreten, hält der Verfasser für nicht immer empfehlenswert. Erstens „berücksichtigt sie nach seiner Meinung nicht die individuellen Verschiedenheiten“ und zweitens glaubt sie, dafs sich die Gonokokken gerade durch derartige Antiseptica am ehesten aus der Urethra vertreiben lassen. Das ist aber falsch. Neuhaus unterscheidet drei Formen frischen Trippers, den perakuten, akuten und torpiden Typus. Der mittlere wird am häufigsten beobachtet. Nur bei der letzten Form beginne man sofort mit Einspritzungen nach Neisser, bei den ersteren lasse man 8 Tage verstreichen, ehe man injiziert. Dabei werden dann antibakterielle wie adstringierende Medikamente gleich wirksam sein. Im Gegenteil vermag eine einfache expektative, die Urinausscheidung vermehrende mit Diät und Ruhe verbundene Behandlung fast stets Heilung der Blennorrhoe zu erzeugen. Besonders gute Unterstützungsdienste thun hierbei lokale Dunstumschläge, obwohl durch sie zuerst eine Steigerung der Absonderung erfolgt. *Hopf-Dresden.*

Über die Behandlung des chronischen Trippers, von M. Carle-Lyon. (*Lyon méd.* 1901. No. 49.) Der Verfasser hat eine Reihe von Personen, die an chronischer Blennorrhoe und Prostatakatarrh litten, mit Prostatamassage und Instillationen konzentrischer Lösungen von Argentum nitricum (bis 5%), Zinksulfat (30—50%) und Zinkchlorür (bis 10%) in die hintere Harnröhre behandelt. Von 22 Kranken, die dauernd in Beobachtung blieben, wurden 15 geheilt. *Hopf-Dresden.*

Leitende Gesichtspunkte bei der Blennorrhoebehandlung, von L. C. Michaelis. (*Ärztl. Prax.* 1901. No. 24.) Keinerlei neue Gesichtspunkte. *Hopf-Dresden.*

Zur Therapie des venerischen Katarrhs, von A. Kronfeld. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 6.) Mit der Injektionstherapie der Blennorrhoe hat Verfasser keine guten Erfahrungen gemacht. Die Irrigationstherapie ist vorzuziehen. Zu derselben benutzt Verfasser 1. einen heizbaren Irrigator, der 1½—2 m hoch an der Wand befestigt wird; 2. einen Gummischlauch mit Glaskanüle nach Vanghetti. — Verfasser macht jeden zweiten Tag eine Ausspülung mit 2-3 l Flüssigkeit von 35—40—45° C. Er benutzt dazu ½—3%ige Ichthyollösungen. Die Irrigationen beginnen nach Ablauf der heftigen Reizerscheinungen. — Abortivheilungen hat Verfasser nicht gesehen, aber vier Fälle, die in 11—14 Tagen geheilt waren, Darunter befand sich ein Patient, der sich mehrstündige, heifse Irrigationen gemacht hatte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der akuten Blennorrhoe mit Ichtharganspülungen, von R. Duhot. (*Ann. policl. centr.* 1902. pag. 269.) An der Hand von 20 Krankengeschichten frischer Tripperfälle, die er mit Ichthargan behandelte, kommt Duhot zu folgendem Resultat: Das Ichthargan ist ein vorzügliches gonokokkentötendes Mittel, welches keinerlei Reizzustände auf der Harnröhrenschleimhaut hervorruft und auch

sonst vorzüglich vertragen wird. Die schnellsten Erfolge erzielt man durch kopiöse Spülungen. Bei einfachen Injektionen ist die Heilwirkung eine langsamere. Das Mittel vereinigt die Vorzüge des Ichthyols und des Silbers. Man benutzt Lösungen von 1 : 4000, die selbst bei den heftigsten Sekretionszuständen gut vertragen werden und den Ausfluſs rapid vermindern. *Hopf-Dresden.*

Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe, von W. B. Small. (*Univ. of Penna. Med. Bull.* Juli 1902.) Der Reihe nach wird die Therapie der Blennorrhoe urethrae, cervicis, vaginae, vulvae, recti und des blennorrhoischen Bubo besprochen. Neue Gesichtspunkte werden nicht vorgebracht, besonders nicht solche allgemeinerer Art. *Max Levor-Hamburg.*

Ichthargan als Antiblennorrhoicum, von Friedrich Rudolf. (*Wien. Med. Presse.* 1902. No. 28.) Die Ergebnisse der Anwendung des Ichthargans bei Blennorrhoe (viermal täglich für 10—15 Minuten eine Lösung von 0,02—0,03 : 100,0 injizieren) sind sehr günstige. Die Sekretion geht rapide zurück. Die Eiterung verschwindet in kurzer Zeit. Das Mittel wird gut vertragen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Behandlung der Blennorrhoe mittels des citronensauren Silbers (Itrol), von Karwowski-Posen. (*Die Med. Woche.* 1902. No. 19/20.) Verfasser berichtet über seine günstigen Resultate mit Itrol, welche er in einer Reihe von Blennorrhoen aller Art erzielte; er benutzte es zu Janetschen Spülungen 0,15 : 1000 und zu gewöhnlichen Injektionen 0,03 : 200, schlieſslich auch in Salbenform (Itrol 1,0, Paraffin liquid. 15, Lanolin ad 50) mittels der Tommasolischen Spritze. K. rühmt neben seiner Billigkeit und neben seinen stark gonokokkentötenden Eigenschaften seine Reizlosigkeit und energische Tiefenwirkung ohne Verletzung des Gewebes. Der Nachteil besteht in der schweren Löslichkeit. Immerhin ist das Itrol den anderen Silberpräparaten einschlieſslich des vielgerühmten Protargol mindestens gleichwertig zu erachten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Behandlung der Blennorrhoe mit Acidum picricum, von Deramond-St. Paul. (*Journ. d pratic.* 1902. No. 14.) Der Verfasser hat in 2 Fällen von chronischer Blennorrhoe, von welchen der eine seit 10, der andere seit 4 Jahren bestand, durch 4, bezw. 6 Instillationen von 2%iger Pikrinsäurelösung Heilung erzielt. Die Instillationen verursachen ziemlich lebhaften, aber rasch vorübergehenden Schmerz. *Götz-München.*

Ein Beitrag zur Behandlung der chronischen Blennorrhoe, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 14.) Verfasser empfiehlt seine Kathetersonde, welche die Vorteile hat, daſs Sonde und Katheter in einem Instrument vereinigt sind, die Manipulation der Sondierung und Instillation vereinfacht ist, daſs ferner durch Einführung eines Instrumentes, statt wie bisher üblich zweier, dem Patienten die Unannehmlichkeit zweier Einführungen erspart, und ferner die Gefahr einer Infektion von auſsen her verringert wird. Auch weist er nochmals auf seine Spiralbougie hin. Die Instrumente sind in deutlichster Weise illustriert. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 36. №. 3. 1. Februar 1903.

Über eine Epidemie von Trichophytie des Kopfes bei Schulkindern.

Vortrag, in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden am 11. Oktober 1902 gehalten

von

Dr. WERTHER,
Oberarzt am Stadtkrankenhaus Friedrichstadt.

Mit 8 Abbildungen im Text.

Die durch das Trichophyton hervorgerufenen klinischen Bilder haben für viele Namen Anlaſs gegeben, z. B. Herpes tonsurans, Kerion Celsi, Sykosis parasitaria, Teigne tondante, Ringworm, Scherende Kopfflechte, von denen namentlich der erstere bisher viel gebraucht wurde. Zweifellos ist es richtiger, weil die gemeinsame Ätiologie bezeichnend, für alle den Namen Trichophytia zu wählen und die klinische Form durch Beiworte zu kennzeichnen, wie maculosa, squamosa, herpetica, circinata, marginata, tonsurans, suppurativa.

Die Epidemie, die ich beschreiben will, hatte innerhalb eines Vierteljahres 17 Kinder von ca. 30 eines Internates ergriffen und hat Interesse:

1. wegen der verschiedenen klinischen Formen bei Einheit des Herdes,
2. wegen des in Kultur vorliegenden einheitlichen Trichophyton,
3. wegen der botanischen Eigentümlichkeiten desselben, die in der Kultur und in dem PLAUTschen Anreicherungsverfahren gefunden wurden,
4. wegen der erfolgreichen Impfung der Reinkultur auf Mensch und Tier.

Bevor ich über Einzelheiten berichte, gestatte ich mir einen orientierenden Überblick über die Mykologie und Klinik der Dermatomykosen zu geben. Unter diesen sind die selteneren: die durch Hefen hervorgerufenen Botryo- und Blastomykosen, ferner die durch einen noch nicht klassifizierten Streptothrix hervorgerufene Aktinomykose; die bei uns häufigen: das Erythrasma und die Pityriasis versicolor, deren Erreger schon lange in ihren parasitischen Eigenschaften bekannt sind, die aber

erst neuerdings in Kultur zu züchten, verschiedenen Forschern geglückt ist, ferner die Klasse der scherenden Flechten:

1. der Favus (Remak 1840),
2. die Grubysche Krankheit, hervorgerufen durch das Mikrosporon Audouini (1843),
3. die Trichophytien, deren Pilze zuerst von Malmsten 1846 gefunden wurden und heutzutage am besten studiert sind.

Man trennte früher schon nach Gruby 1. die Grubysche Krankheit (Teigne à petites spores), 2. Trichophytie der Kinder, 3. Trichophytie der Erwachsenen, um später, diese Trennung vergessend, alles als Trichophytie zu bezeichnen. Dann begann man, der großen klinischen Verschiedenheit der Form entsprechend, die Pluralität der Pilze aufzustellen (Neebe und Furthmann 1891 u. a.). Eine gründliche, kritische Bearbeitung erfuhr die Frage durch Sabouraud (1892—94), welcher wieder Mikrosporon (Gruby) und Trichophyton schied, die Pluralität der Trichophyten durch Kultur, Impfung und Retrokultur bewies, den tierischen Ursprung des Trichophyton ectothrix und den saprophytischen Ursprung der animalen Trichophytonarten erkannte. Später erfuhr die Frage von vielen Seiten Bearbeitung und wurde 1897 auf dem Kongreß zu London lebhaft diskutiert. Am gründlichsten hat Sabouraud in Paris die Kenntnis der Trichophytieen gefördert. Dieser ist Vorstand eines Laboratoriums, welches die Stadt Paris im Anschluß an das Hôpital St. Louis errichtet hat. Mit diesem verbunden ist eine Poliklinik, Klinik und Schule, letztere hauptsächlich für die von der Grubyschen Krankheit befallenen Kinder, welche vom allgemeinen Schulbesuch wegen der Kontagiosität ausgeschlossen sind.

Sabouraud faßt seine Forschungen in folgenden Sätzen zusammen (*La pratique dermatologique*. 1900. Artikel: Dermatophytes):

1. Gleichmäßigen Nährboden vorausgesetzt, ergeben Aussaaten von Köpfen eines Herdes dieselbe Kultur, so verschieden auch das klinische Bild sei. Dagegen geben verschiedene Kranke von verschiedener Herkunft verschiedene Kulturen von Trichophyton.
2. Wie jedes Klima seine Flora hat, so auch seine Trichophytonarten. In Frankreich gibt es etwa 20 Typen. (Mikrosporon Audouini ist bis jetzt nur in Paris und London beobachtet worden; es ist dort sehr häufig, während es in Deutschland bisher nur in kleinen Herden an der Grenze beobachtet worden ist. In Island herrscht die Nagelmykose vor, welche vom Schaf stammt [Ehlers], in China die Tr. circinata, welche die Haare nicht befällt; in Breslau endlich wurde nach Neisser [siehe Lehrbuch 1901] autochthone Trichophytie des Kinderkopfes noch gar nicht beobachtet.)

3. Die meisten Arten stammen von den grofsen Haustieren.
4. Die Trichophyten leben saprophytisch auf allerlei Nährböden und bilden in der Kultur viel kompliziertere Fruktifikationsorgane als im parasitischen Leben (Poly- oder Pleomorphismus).

Die botanischen Eigenschaften der Pilzfäden und der Fruktifikationsorgane sind bisher nur mangelhaft bekannt gewesen. Ihr Studium wurde verwirrt durch den Polymorphismus der Pilze und nebenbei auch erschwert dadurch, dafs fast jeder Autor sich einer anderen Nomenklatur bediente. Dieselbe Pilzart kann auf verschiedenen Nährböden verschiedene Formen annehmen; die Kulturen sehen sogar makroskopisch verschieden aus, dazu kommen Altersveränderungen der Kulturen, Reliefverstärkungen und Farbenveränderungen. Diese Variationen kehren aber auf einem bestimmten Nährboden zur speziellen Form zurück. Alle Trichophyten gehören wahrscheinlich zur Familie Mucedinaceen der Abteilung Hyphomyceten und sind echte Pilze. Ihre allgemeinen Eigenschaften sind die, dafs sie durch Aneinandergliederung von aus Protoplasma und Membran bestehenden, nie Chlorophyll führenden Zellen Fäden bilden, welche dementsprechend septiert sind, in oder auf dem Substrat oder in die Luft wachsen und echtes Spitzenwachstum haben. Die Fortpflanzung der Trichophyten ist nur ungeschlechtlich durch verschieden geformte Sporen. Jede Kultur kann mehrere Formen der Fortpflanzung nebeneinander bilden, manchmal aber nur eine, je nach dem Einflufs von Feuchtigkeit, Temperatur oder Luftzutritt. Alle Mucedinaceen sind zum Überflufs die niederen, larvierten Formen von höheren Pilzen in der botanischen Reihe (Askomyceten oder Basidiomyceten). Die genauere botanische Klassifikation der Mucedinaceen steht noch nicht fest.

Engler in „Syllabus der Pflanzenfamilien" (Berlin 1898) behandelt die Hautpilze als ein Anhang unter dem Namen Fungi imperfecti und nennt sie alle Oidium (O. furfur, O. tonsurans, O. Schönleinii), während Lindau in „Engler und Prantl, Die natürlichen Pflanzenfamilien" (1900), Seite 424, dieselben zu Oospora stellt. Heim (Lehrb. d. Bakteriologie, 1898) stellt Achorion und Mikrosporon zu Oospora (sive Streptothrix) und Trichophyton zu Botrytis (Traubenschimmel) und Oidium wieder für sich.

Was nun die Sporenbildung anbelangt, so ist das Tr. im Haar monomorph. Wir finden nur die Form des sporulierten Mycels; in regelmäfsiger Weise reiht sich Spore an Spore, je nach der eckigen oder abgerundeten Form der einzelnen Glieder Ketten, Bändern oder Rosenkränzen gleich. Im Haare folgen die Fäden des Tr. endothrix stets der Längsachse des Haares und unterscheiden sich dadurch von Favus und Mikrosporon Gruby. Bei ersteren schlängeln sich die Pilzfäden wellengleich durch die Haare, auch sind die Sporen ungleich, bei letzteren sucht man vergebens regelmäfsige Sporenketten. Das Haar bei der Grubyschen

Krankheit ist mit mosaikartig aneinander gepaſsten Sporen auſsen bedeckt, es gleicht einem Glasstab, eingetaucht in Leim und in feinem Sand gerollt. Auf der Auſsenfläche des Haares finden sich bei der Trichophytie sporadische Mycelfäden unregelmäſsig zusammengerollt und geballt und hier und da Sporenhaufen, durch Zerfall derselben entstanden.

In der Kultur sind erstens nach dem Typus des eben genannten sporulierten Mycels gebildete Endosporen zu beobachten. In einzelnen Zellen rundet sich das Protoplasma, körnt sich und schwillt an und kann keimen. Diese intramyceläre Fruktifikation kann mehr oder weniger regelmäſsig an einzelnen oder an aufeinanderfolgenden Zellen auftreten. Die Sporen können rund oder ungleich birnenförmig aussehen (moniliform, pyriform). Je älter die Kultur, desto unregelmäſsiger ist das Bild. Reiht sich am Ende der Fäden Spore an Spore, so bekommt man das Bild der Knospung, welches gewöhnlich typisch für Oospora und Oidium gilt. Neben dieser endogenen Sporenbildung zeitigen die Trychophyten zweitens seitliche und terminale in Gestalt runder, glänzender Kügelchen, welche mehr oder weniger reichlich und in wechselnder Regelmäſsigkeit mit Vorliebe am Septum der Fäden sich ansetzen. Bei einiger Regelmäſsigkeit dieser Sporenbildung gleicht das Bild des Mycels einem sogenannten Maikätzchen oder nach SABOURAUDS Vergleich einem Thyrsusstab (Grappes trichophytiques). Die dritte in der Kultur beobachtete Fruktifikationsform sind spindelförmige Büchsen, erheblich gröſser als die Sporen, welche ziemlich regelmäſsig am Ende der Fäden sitzen und durch Querteilungen in Fächer, meist acht, geteilt sind. In alten Kulturen werden erhebliche Variationen, was Gestalt, Stielung, Oberfläche, Inhalt, Teilung und Keimung anbelangt, beobachtet. Nach der Eigenschaft dieser Spindeln besondere Arten von Trichophyten aufzustellen, wie es NEEBE und FURTHMANN getan haben, hat sich als irrig erwiesen. Von diesen drei Fruktifikationsformen scheint die zweite die normale und für die Trichophyten charakteristische zu sein; nach ihr ist es möglich, die pathogenen Hautpilze einem bisher bekannten, botanischen Typus an die Seite zu stellen, nämlich dem Typus von Acladium, eines an faulenden Baumstämmen gefundenen Fadenpilzes. Es ist die komplette Fruchtform, während die erste die unvollkommene Form und die dritte bereits das Produkt einer Art Überkultur, eine Degenerationsform, zu sein scheint. Alle drei Arten werden auch bei Mikrosporon GRUBY und Achorion beobachtet, wie aus dem Vergleich meiner Abbildungen mit denen SABOURAUDS in dem oben citierten Werke ersichtlich ist (*La pratique dermatologique*, Artikel: Dermatophytes, Fig. 150, 153, 158, 159, 165, 166, 175, 181, 193). Die verschiedenen Arten von Trichophyten können daher nicht nach dem Aussehen der Fruktifikationsorgane, sondern nur nach dem Aussehen der Kultur unterschieden werden.

Klinisch, und besonders nach dem Verhalten der Pilzfäden zu den Haaren und nach der Gröfse der Sporen, kann man folgende Arten trennen:

1. Die GRUBYsche Mikrosporonkrankheit zeigt gewöhnlich kleinere Sporen als alle Trichophytien (daher: Teigne à petites spores). Dieselbe kommt absolut nur bei Kindern (und bei jungen Pferden) vor, nie bei Erwachsenen. Sie ist sehr rebellisch gegen die Behandlung, verdient daher den bisweilen gebrauchten Namen Tondante rebelle, heilt aber mit dem 15. Jahre spontan ab. Das besondere Verhalten der Pilze zu den Haaren wurde schon oben beschrieben.
2. Die Trichophytia endothrix, bei der die Haare aufsen glatt, innen voll gestopft voll Sporen sind, wie ein Sack mit Nüssen; sie stammt nicht vom Tiere, kommt nur beim Menschen vor, hauptsächlich bei Kindern und ist in Paris nach SABOURAUD die häufigste Form der scherenden Kinderkopfflechten (8 von 10). Die Haare zersplittern und brechen ab.
3. Die Ektothrix und Endoektothrix stammen von den grofsen und kleinen Haustieren und kommen bei Kindern und Erwachsenen vor. Sie befallen behaarte und unbehaarte Haut. Die Erkrankungen der Haut, die sie erzeugen, sind entzündlich in allen Graden, sie machen auch Abscesse ohne Mischinfektion mit Eitererregern.

Eine weitere Scheidung nach klinischen Formen wäre gekünstelt, weil eine Trichophytonart die mannigfaltigsten klinischen Bilder erzeugen kann.

Die im Stadtkrankenhaus zu Dresden-Friedrichstadt beobachtete Epidemie hatte 14 Knaben und 3 Mädchen im Alter von 6—10 Jahren betroffen. Es fanden sich Herde sowohl auf der unbehaarten Haut als auf dem Kopfe, die ersteren seltener als die letzteren. Im Gesicht und am Körper in Gestalt markstückgrofser Scheiben mit gerötetem Grund, trocken und abschuppend. Auf den Köpfen waren die Herde rund, an Gröfse erbsen- bis talergrofs, an Zahl 1—10 bei einem Patienten. Die Haut im Bereiche derselben war bei frischen Herden leicht gerötet und mit serösen Krusten bedeckt, bei älteren schuppend und grau. Die Haare waren entweder ausgefallen oder in Länge von einigen Millimetern abgebrochen, so dafs die Scheiben, von weitem betrachtet, an Alopecia areata erinnerten. Aufserdem fanden sich vereiterte Follikel sowohl vereinzelt, wie gruppiert, in letzterem Fall mit stärkerer Schwellung (Kerion Celsi). Die Behandlung bestand in Anwendung von Jodtinktur oder Chrysarobinsalbenstift und Nachbehandlung mit 10%iger Schwefelsalbe oder 3%iger Salicylsalbe, bei den abscedierenden Formen in Erweichung, Eröffnung und feuchten Umschlägen.

Heilung trat in ca. acht Wochen ein und wurde angenommen, wenn an den nachwachsenden Haaren keine Pilze mehr gefunden wurden. Der Verlauf war ein günstiger; an den am längsten kranken Kindern schienen einzelne Herde auch spontan geheilt zu sein. Die Nachforschung nach der Quelle dieser Trichophytie ergab nichts Positives; der zuerst erkrankte Knabe hatte die Krankheit aus den Ferien mitgebracht, die er auf einem Bauerngute verbracht hatte. Es ist demnach Ansteckung vom Vieh nicht unmöglich gewesen. Wahrscheinlich ist mir dieselbe wegen der Analogie zu einer kleinen Familienepidemie, wo die Übertragung von trichophytiekrankem Rindvieh sicher war. Der Vater dieser Familie war Wärter in der tierärztlichen Hochschule und erkrankte an knotiger Trichophytie schlimmster Art im Barte; der 10jährige Sohn desselben nach ihm an runden, trockenen, schuppenden Scheiben auf dem Kopf, in deren Bereich die Haare kurz abgebrochen waren, und das einjährige Kind mit einem geröteten, trockenen, runden Herde im Gesicht.

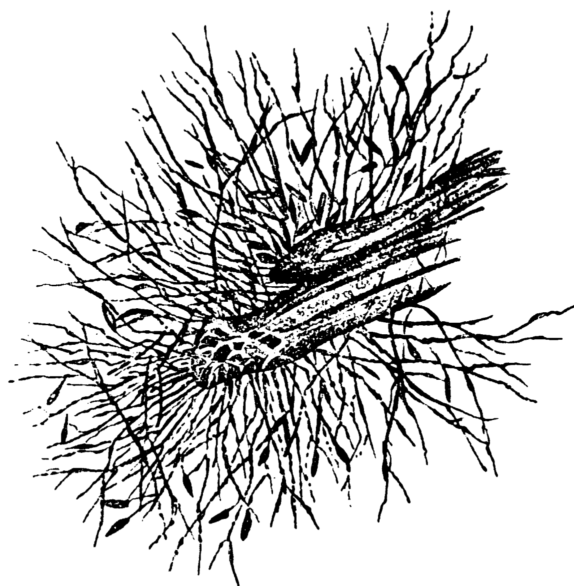


Fig. 1.
Trichophytiehaar vom Kind, Anreicherungsverfahren nach PLAUT, am 5. Tag (bei 25°). Ocul. 3, Obj. A., ZEISS.

Das Trichophyton unserer Kinderepidemie fand sich vorwiegend an der Aufsenseite der Haare, in geringerer Zahl aber auch innerhalb der Haare, parallel der Längsachse. Zwecks weiteren botanischen Studiums der Pilze bediente ich mich zunächst des von PLAUT angegebenen Anreicherungsverfahrens (s. *Münch. med. Wochenschr.*, 1902, No. 5, S. 208: „Über eine neue Kultur- und Anreicherungsmethode für Schimmelpilze“), welches wegen seiner grofsen Einfachheit und weil es die direkte Beobachtung der sprossenden Pilze unter dem Mikroskop erlaubt, sehr zu empfehlen ist. Zwischen einem Objektträger und einem Deckglas wird ein Haar oder eine Schuppe vom Trichophytiekranken eingelegt und der Objektträger in eine feuchte Kammer, d. h. in eine Petrischale mit angefeuchtetem Fliefspapier auf dem Boden gebracht. Die Pilze wachsen auf dem ursprünglichen Material saprophytisch weiter, bei Zimmertemperatur. Spaltpilze stören dabei nicht, weil sie nicht in die Breite wachsen. Gewöhnliche Schimmelpilze wurden dabei nicht beobachtet,

würden aber leicht schon durch ihr schnelleres Wachstum erkannt werden können. Das Trichophyton zeigt bei dieser Zuchtmethode vom vierten bis sechsten Tage ab bei schwacher Vergrößerung einen zierlichen Mycel-

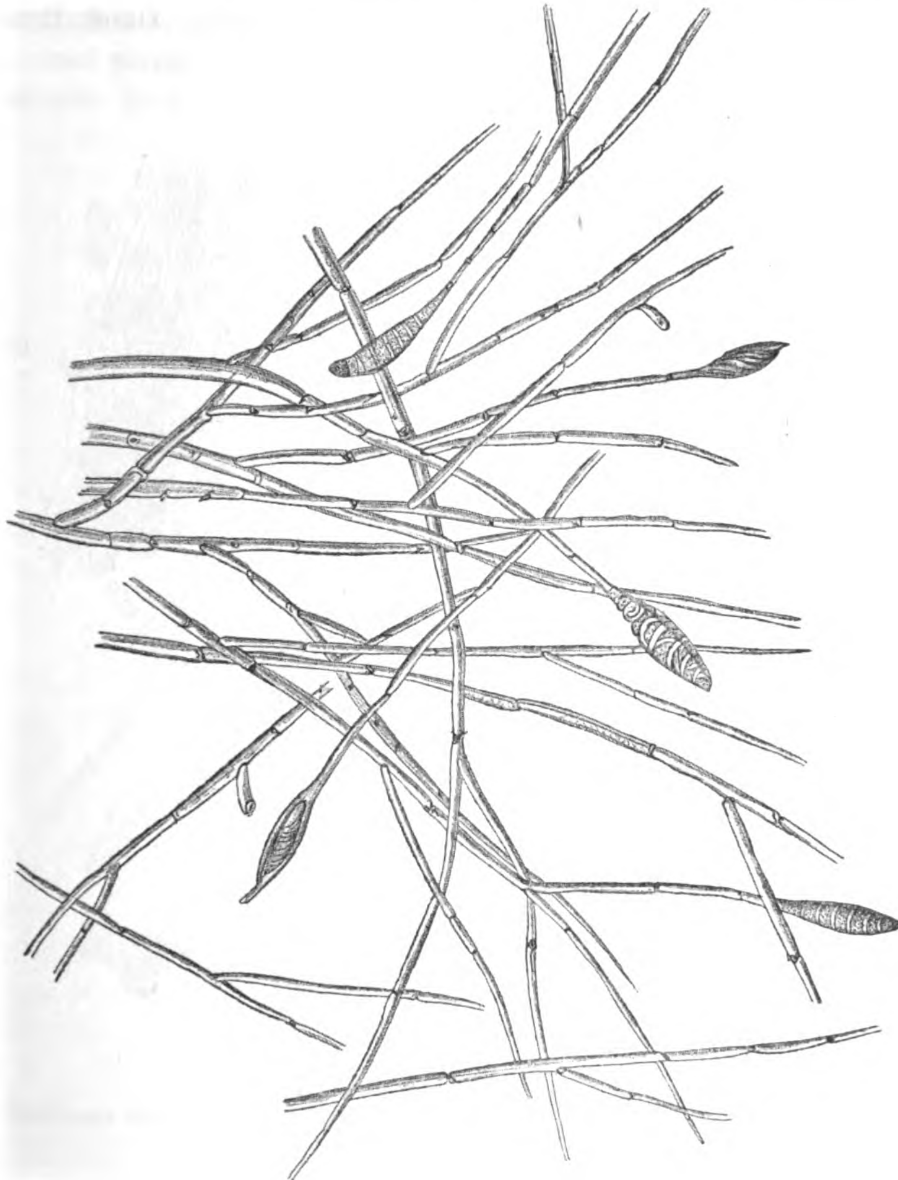


Fig. 2.
Dasselbe wie Fig. 1. Ocul. 3, Obj. D., Zeiss.

flaum. Nach einigen weiteren Tagen sind bereits Fruktifikationsorgane zu beobachten und zwar:

Die intramycelär gebildeten, welche man Endosporen, Gemmen oder Endokonidien nennt. Dieselben entstehen durch Anschwellung und Rundung einzelner Zellen. Sie körnen sich, oft sieht man einen großen

Kern in denselben, weiter buchten sie sich unregelmäſsig aus und keimen zu einer neuen Hyphe aus. Bisweilen kommt es zur perlschnurartigen Aneinanderreihung endogener und gekörnter Sporen. Das Wachstum bei diesem Zuchtverfahren wird leicht sehr unregelmäſsig, sowohl in der Gröſse der Sporen, wie in der Verzweigung der Fäden. Durch Bildung

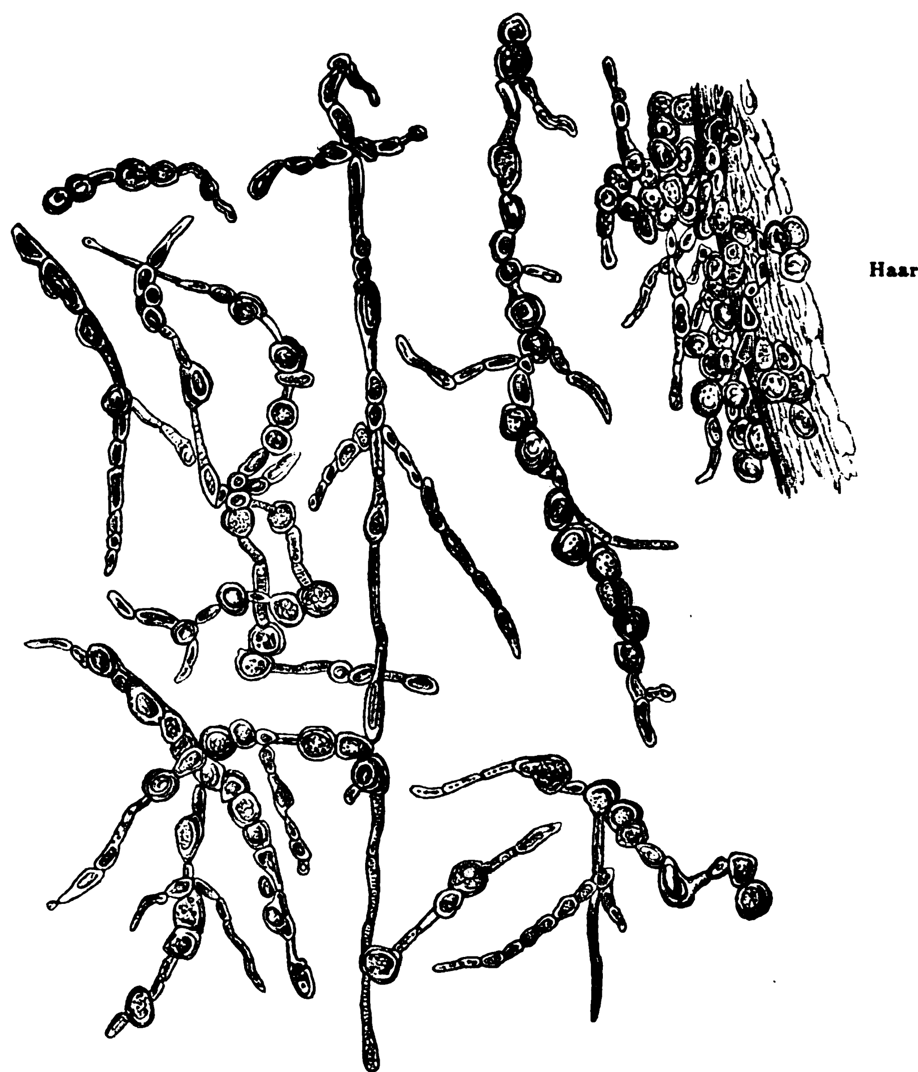


Fig. 3.

Endoconidien des Trichophyton vom Kind nach Anreicherung in der feuchten Kammer (Zimmertemperatur). — In dieser Kultur fand sich kein anderer Typus der Fruchtbildung.

von Hyphen zweiter und dritter Ordnung wird dieselbe baum- oder mispelförmig; durch Bildung kleiner, seitlicher, verkümmerter und steriler Hyphen kammförmig. Ferner beobachtet man spiralig gedrehte Hyphen mit unregelmäſsigen Einschnürungen und bisweilen konglutinierte, welche entweder eine Strecke lang parallel verlaufen oder wickelähnliche Lager

bilden. Häufiger als die erwähnten Endosporen bildeten sich Spindeln: in manchen Präparaten, deren Fäden sehr regelmäfsige, zweiteilige Verzweigungen und Septierung zeigten, safsen dieselben am Ende der Fäden, waren sehr regelmäfsig quergeteilt und zugespitzt und stellten die alleinige Fruktifikationsform dar. In anderen Präparaten aber, deren Wachstum auch sonst unregelmäfsiger war, waren neben den Spindeln die oben beschriebenen Endosporen gleichzeitig vorhanden. Die Spindeln selbst

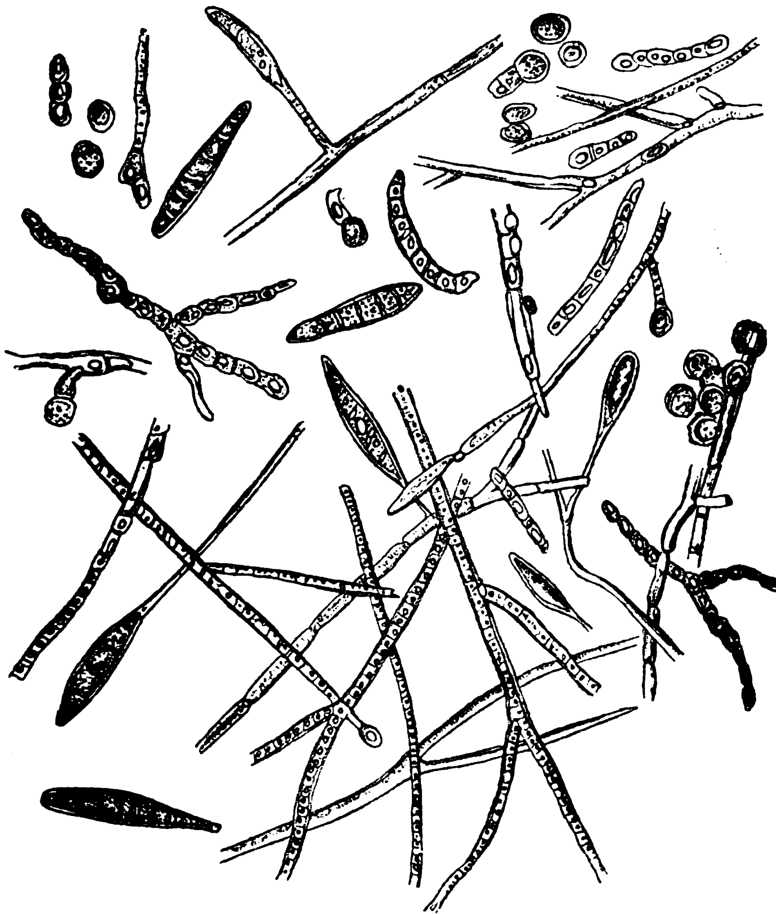


Fig. 4.
Trichophyten von Kultur Fig. 1 weitergeimpft auf Zucker-Agar in PETRIscher Schale.

zeigten manchmal weitere Variationen, bald safsen sie seitlich der Hyphen auf einem geraden oder gekrümmten kleinen Stiel, bald waren sie an der Spitze ruderähnlich abgestumpft, bald hatten sie an der Spitze ein kleines, glänzendes, sporenähnliches Kügelchen. Schliefslich war auch zu beobachten, dafs die Spindeln selbst im Verlaufe eines Mycelfadens sich bildeten, so dafs die gröfste Ähnlichkeit mit den Endokonidien entstand. Die Spindeln waren doppelkonturig, ihr Inhalt, wenn nicht quergeteilt, entweder gekörnt oder einem Bündel von Fäden gleich. Die Unregel-

mäſsigkeit des Wachstums bei dieser Kulturmethode erklärt sich durch die unregelmäſsige Wasserverdunstung, da das Flieſspapier in den Kammern von Zeit zu Zeit frisch angefeuchtet wurde. Erwähnt sei noch, daſs die ausschlieſsliche Endosporenbildung bei Zimmertemperatur, die ausschlieſsliche Spindelbildung im Brutofen bei ca. 25° beobachtet wurde. Auch die exogene, nach SABOURAUD normale Sporenbildung, wurde mittels des PLAUTschen Verfahrens, und zwar auch mit verschiedenen Variationen beobachtet. Die Sporen waren verschieden groſs. Dieselben saſsen sowohl an den Spitzen der Fäden als auch an den Seiten, letzteres mehr oder weniger reichlich und mehr oder weniger regelmäſsig. Die seitlichen Sporen wurden manchmal direkt am Faden aufsitzend, manchmal durch einen kleinen Sporn mit demselben verbunden beobachtet.

Für die Kulturen auf Nährboden folgte ich den Ratschlägen SABOURAUDS. Ich nahm zunächst nur eine Art von Nährböden (Maltose 4, Pepton 1, Agaragar 1,5, Aqua 100), die Temperatur des Brutofens 22—25°. Für die Aussaat zerkleinerte ich die Haare, ohne sie anders vorzubereiten, mit einem sterilen Messer auf einem Objektträger in kleinste, eben noch sichtbare Teilchen und ebenso die Schuppen und Krusten, letztere durch Zerreiben zwischen zwei Gläschen, und brachte die kleinsten Teilchen in schräg erstarrte Röhrchen, eines vom andern einen Centimeter entfernt. Von diesen Aussaaten blieb ein Teil steril, andere gingen auf, auch nachdem die epilierten Haare schon vier Monate in einer trockenen Schachtel aufgehoben worden waren. Diese Kulturen wurden möglichst jung in ERLENMEYERsche Kölbchen weiter verimpft. Das Wachstum begann am vierten Tage für das bloſse Auge sichtbar zu werden, manchmal jedoch erst nach 14 Tagen. Gewöhnliche Schimmelpilze kamen schneller und breiteten sich rascher aus, während das Trichophyton erst in vier Wochen vom Zentrum bis zum Rand des kleinen Kölbchens wuchs. Das Aussehen der Kultur des Trichophyton war unter diesen Verhältnissen regelmäſsig das gleiche. Es entwickelten sich zuerst feine, durchscheinende, farblose Fäden strahlenförmig im Niveau des Nährbodens, dann erhob sich im Zentrum ein feiner Flaum von Luftfäden. Die ausgewachsene Kultur war immer weiſs und flaumig, nie pulverig. Das Zentrum erhebt sich mit der Zeit ziemlich stark über die periphere Kultur, welche letztere in feinen Strahlen oder Zacken ausläuft. Manchmal bilden sich konzentrische Kreise, nie aber radiäre Streifungen der Oberfläche. Die Kultur hatte keinen Geruch. Mikroskopisch zeigten Fäden und Sporen regelmäſsigere Bildung als im PLAUTschen Zuchtverfahren. Für gewöhnlich fanden sich die letzteren in Ketten und nach dem Typus Acladium seitlich und an der Spitze der Fäden. Spindeln habe ich nur in den Kulturen beobachtet, die von angereicherten Haarpräparaten stammten, wenn in diesen letzteren sich schon Spindeln gebildet hatten.

Die regelmäſsige, von jungen Kulturen weitergezüchtete Kultur auf Maltoseagar zeitigte keine Spindeln.

Mit diesen Kulturen wurden erfolgreiche Impfungen auf Meerschweinchen und Mensch vorgenommen. Dem Meerschweinchen wurde ein Stückchen Rückenhaut epiliert und oberflächlich skarifiziert und die Kultur eingerieben. Es entstanden Schwellung und Rötung über dem Bereich der Impfstelle hinaus, welche nach acht Tagen ihren Höhepunkt erreicht hatten, dazu seröse Krustenbildung; dann folgte Bildung grauer

Trichophyton-Retrokultur vom infizierten Meerschwein, nach Plaut gezüchtet.



Fig. 5.
Verkümmerte Sporentrauben, spiralig gedrehte Hyphen.



Fig. 6.
Kammähnlich angesetzte Conidien, baumartige Verzweigung.

Schuppen, die Haare fielen aus oder waren leicht herauszuziehen. Schwellung, Rötung und Schuppung lieſsen spontan im Verlauf von sechs Wochen allmählich nach. Abscesse bildeten sich nicht. Am menschlichen Arm wurde erst die Epidermis mit einem kleinen scharfen Löffel leicht abgekratzt und dann die Kultur an diese Stelle mit dem Finger eingerieben. Es bildete sich unter heftigem Jucken das Bild eines oberflächlichen, umschriebenen Ekzems heraus. Die Rötung war deutlich abgegrenzt, den Zacken eines wandernden Erysipels nicht unähnlich. Die

Rötung nahm vom achten Tage ab bräunlicheren Ton an und ging rasch zurück, während Schuppung und Jucken noch vier bis fünf Wochen

Trichophyton-Retrokultur vom infizierten Meerschwein, nach Plaut gezüchtet.



Fig. 7.
Spindeln (Fuseaux).



Fig. 8.
Sporenketten.

dauerten und dann unter indifferenter Einfettung spontan heilten. Einzelne Follikel zeigten ein stärker entzündliches Infiltrat und Krustenbildung. Die Untersuchung der Schuppen und Haare von Meerschweinchen und

Menschen ergab im mikroskopischen und kulturellen Bilde dasselbe Resultat wie in der Kinderepidemie. Es ist dadurch bewiesen, daſs meine Kulturen die Reinkulturen des Erregers dieser Epidemie waren.

Erwähnt sei, daſs die von mir gesehenen Bilder denen von Krösing (*Archiv*, 1895) gleichen und ferner, daſs Sabouraud selbst die beschriebenen Kulturen gesehen und mit den von ihm beschriebenen Trichophyton du chat identifiziert hat (*Atlas des Trichophyton humaines*, 1892, Fig. 107, 108, 109).

Über Helmitol, ein neues Harndesinfiziens.[1]

Von

Privatozent Dr. E. Heuss-Zürich.

M. H.! An wirksamen Harnantisepticis haben wir keinen Überfluſs, und von diesen wenigen dürfte das Urotropin wohl an erster Stelle zu nennen sein. Vermöge seiner auf Abspaltung von Formaldehyd beruhenden antiseptischen Eigenschaften, seiner die (alkalische) Harnreaktion umstimmenden Wirkung kann dasselbe für viele Fälle von Cystitis geradezu als Specificum bezeichnet werden. Leider fehlt es aber auch, wie die tägliche Erfahrung beweist, nicht an Fällen, denen gegenüber das Urotropin wider Erwarten sich vollständig indifferent oder nur vorübergehend wirksam verhält, Cystitiden, die, auch gegen eine Lokalbehandlung resistent, einen nicht geringen Prozentsatz im schwarzen Register der „ungeheilten Fälle“ ausmachen.

So machte ich denn von dem Anerbieten der Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld, mir zu Versuchszwecken eine gröſsere Menge eines neuen, theoretisch den Anforderungen an ein Harndesinfiziens entsprechenden, Präparates, des Helmitols, zur Verfügung zu stellen, gerne Gebrauch. Heute, nachdem ich das Helmitol seit über vier Monaten in gegen 20 Fällen von Cystitis etc., die sich zum Teil aus früher schon mit anderen Mitteln erfolglos behandelten Fällen rekrutieren, mit günstigem, zum Teil überraschenden Erfolg angewandt habe, glaube ich berechtigt zu sein, dasselbe als ein sogar dem Urotropin an Wirksamkeit überlegenes Harnantisepticum empfehlen zu dürfen. Das Helmitol ist, wenn ich mich so ausdrücken darf, ein in der Wirkung potenziertes Urotropin, ohne daſs es dabei, wie vielleicht zu erwarten, auch eine Ver-

---

[1] Mitteilung, gemacht im Verein praktischer Ärzte von Zürich und Umgebung.

mehrung der ungünstigen Nebenwirkungen des Urotropins aufweist. Nie sah ich, um diesen Punkt gleich vorweg zu nehmen, unangenehme Nebenwirkungen, es sei denn eine besonders bei gröfseren Dosen vereinzelt beobachtete Neigung zu leichtem Durchfall, wobei ich bis zu 6,0 und 8,0 g pro die stieg.

Zur Anwendung kam das Helmitol in 16 Fällen von Cystitis der verschiedensten Provenienz, aufserdem in einem Falle von Bakteriurie. Da einer meiner Schüler in einer demnächst erscheinenden Arbeit, welche speziell die bakteriologische Seite der Helmitolwirkung berücksichtigt, auch die diesbezüglichen Krankengeschichten wiedergeben wird, so kann ich mich an dieser Stelle auf einige Hauptdata beschränken.

In 11 von 16 mit Helmitol behandelten Cystitisfällen wurde vollständige Heilung erzielt; von den restierenden 5 stehen noch in Behandlung zwei, zwei Fälle blieben ungeheilt, einer entzog sich, obwohl gebessert, der weiteren Behandlung. In 7 der obigen 11 Fälle handelte es sich um chronische Formen von Cystitis, und hiervon waren 5 schon früher ohne, resp. mit nur vorübergehendem Erfolg nach anderen Methoden (Urotropin, Salol, Ol. Santali, mit Spülungen etc.) behandelt worden. Viermal betraf es akute, im Verlauf der Gonorrhoe auftretende Cystitidenformen mit spezieller Beteiligung des Blasenhalses. Während ich letztere vier Beobachtungen trotz der unter Helmitol prompt (innerhalb 1 bis 5 Tagen) erfolgenden Abheilung nicht für beweisend ansehe, indem gerade diese Formen von akuter Cystitis auch jeder anderen Behandlung (Urotropin, Ol. santali etc.) gewöhnlich leicht zugänglich sind, möchte ich die Abheilung der Fälle von chronischer Cystitis einzig der vorzüglichen Wirkung des Helmitols zuschreiben. Hier handelte es sich stets um eine chronische, seit Monaten und Jahren bestehende Cystitis. Viermal war die Entzündung im Anschlufs an eine Gonorrhoe, resp. Bougierung entstanden: der diffus-trübe, saure Urin enthielt massenhaft Eiterkörperchen, mehr oder weniger spärliche Epithelzellen und zahlreiche Bakterien, doch keine Gonokokken; ein weiterer Fall betraf einen alten Prostatiker mit ammoniakalischer Cystitis ex catheterisatione, ein weiterer ebenfalls mit stark ammoniakalischem Urin war von unbekannter Genese, endlich noch ein Fall von Striktur, bei dem Cystitis vor einigen Monaten im Anschlufs an eine Mastdarmoperation (Abtragung von Hämorrhoiden) aufgetreten war. Sämtliche Fälle gelangten auf eine Darreichung von Helmitol, einige erst nach entsprechender Lokalbehandlung (siehe unten) im Verlauf von zwei bis sieben Wochen zur Abheilung, bis dahin ohne Rezidiv. Ein Fall von Bakteriurie, der seit Jahren in meiner Beobachtung gestanden und bis dahin jeder Behandlung getrotzt, d. h. nur vorübergehende Besserung gezeigt hatte, blieb nach dreiwöchentlicher innerlicher Behandlung mit Helmitol (bis zu 6 g pro die) bis heute (2 Monate) ohne Rückfall.

Gewöhnlich zeigte der Urin schon wenige Tage nach erfolgter Helmitolmedikation Aufhellung, Abnahme des Sediments, Schwinden des ammoniakalischen Geruches, Rückgang der subjektiven Erscheinungen.

Ich verabreichte das Helmitol meist in Tagesdosen von drei- bis viermal 1 Gramm, je in 1/2 bis 1 Glas Wasser in regelmäfsigen Zwischenräumen genommen, wobei ich, um jeweilen eine möglichst kondensierte Wirkung auf Urin und Blase zu erhalten, vor Einnahme des Helmitols stets urinieren liefs. In einem besonders hartnäckigen Fall von ammoniakalischer Cystitis stieg ich sogar bis auf viermal 2 Gramm pro die (in sechsstündigen Zwischenräumen). Meine Absicht, damit den Urin dauernd antiseptisch und sauer zu erhalten, wurde erreicht: nach viertägigem Gebrauch dieser hohen Dosen trat endlich Aufhellung etc. des Urins ein, die trotz Verminderung der Dosen anhielt und nach 4 Wochen zu dauernder Heilung führte. Unangenehme Nebenwirkungen von seiten des Helmitols sah ich, abgesehen von vorübergehender Neigung zu Diarrhoe und vermehrter Diurese, auch in diesem Falle nicht.

Fünf Fälle von chronischer Cystitis verhielten sich gegenüber der inneren Behandlung mit Helmitol vollständig refraktär, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, dafs stets nie mehr als 3,0 Helmitol pro die, zum Teil noch mit längerer Unterbrechung gereicht wurden. Ausgehend von der Annahme, dafs Helmitol, direkt in die kranke Blase eingeführt, eine noch energischere Wirkung entfalten dürfte, injizierte ich nach vorangegangener Blasenentleerung eine 1 %ige, später sogar 2 %ige angewärmte wässerige Lösung von 100—150 cc per Katheter direkt in die Blase. Ich liefs die Flüssigkeit möglichst lange (2—8 Stunden) darin, worauf sie spontan entleert wurde. Die Injektion wurde einmal, in einigen Fällen sogar zweimal täglich gemacht; gleichzeitig wurde in der Zwischenzeit Helmitol per os, 2—3 g pro die, gereicht. Der Erfolg war im allgemeinen nicht ungünstig. Ein Fall entzog sich, gebessert, der weiteren Behandlung; bei einem zweiten, einem 74jährigen Mann mit seit Jahren bestehender Cystitis, mehrfachen hochgradigen Strikturen und Verdacht auf Carcinoma vesicae incipiens, wurde, nachdem jede andere Medikation sich als vollständig erfolglos erwiesen, nur relative Aufhellung und Neutralisierung des früher stinkend alkalischen Urins erzielt; eine saure Cystitis bei einem tuberkulösen Individuum (Tuberkelbacillen konnten im Urin jedoch nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden) zeigte nur vorübergehende Besserung; die beiden anderen Fälle aber mit ammoniakalischem Urin wurden nach zwei- resp. dreiwöchentlicher Lokalbehandlung vollständig geheilt. Nie sah ich nach diesen Injektionen irgend welche Reizungserscheinungen, Schmerzen etc. auftreten, vorausgesetzt, dafs die Lösung per Katheter direkt in die Blase injiziert worden.

Ob das Helmitol auch bei anderen Erkrankungen des uropoetischen

Apparates von Erfolg ist, darüber fehlen mir eigene Erfahrungen. Doch soll sich das Helmitol, wie ich vernehme, auch bei Pyelitis, alten bakteriurischen Abscessen bewährt haben.

Worauf ist nun diese vorzügliche, dem Urotropin überlegene Wirkung des Helmitols zurückzuführen?

Wie ich einer speziell die chemischen Eigenschaften des Helmitols berücksichtigenden Arbeit von EICHENGRÜN[2] entnehme, ist dasselbe die „Hexamethylentetraminverbindung der bereits in der Literatur beschriebenen und nach einem neuen Verfahren von den Farbenfabriken vorm Friedr. Bayer & Co. technisch dargestellten Anhydromethylencitronensäure und unterstützt diese durch ihre Fähigkeit, im Organismus die Methylengruppe in Form freien Formaldehyds abzuspalten und dem Harn eine ausgesprochen saure Reaktion zu erteilen, die bekannte Wirkung des Hexamethylenamins". Das Helmitol ist also gleich dem Urotropin eine Verbindung mit Formaldehyd. Leider geht beim Urotropin die Abspaltung des Formaldehyds, auf dessen Wirkung ja der günstige Effekt zurückzuführen, in alkalischen Flüssigkeiten sehr träge vor sich, noch viel spärlicher als in sauren. Auf diese unvollkommene Zersetzung des Urotropins ist aber dessen häufig konstatierbare Effektlosigkeit gerade bei den schweren alkalischen Formen von Cystitis zurückzuführen, indem die in dem stark ammoniakalischen Urin abgespaltene Formaldehydmenge quantitativ zu gering ist. Dazu tritt noch als weiteres ungünstiges Moment hinzu, daſs viele Bestandteile des Urins fähig sind, den freien Formaldehyd direkt zu binden und unwirksam zu machen. Versucht man aber, diesem Übelstand durch Verabreichung gröſserer Urotropinmengen zu begegnen, so treten, wie speziell NICOLAIER darauf aufmerksam gemacht, leicht Reizungserscheinungen, speziell von seiten des Magendarmkanals, auf.

Die überlegene Wirkung des Helmitols beruht also auf dem fundamental wichtigen Unterschied, daſs es viel leichter als Urotropin Formaldehyd abgibt, und daſs durch Hinzukommen der Anhydromethylencitronensäure, welche im Organismus die Methylengruppe in Form freien Formaldehyds abspaltet, die Wirkung des Hexamethylentetramins noch bedeutend verstärkt wird.

Bezüglich der physikalisch-chemischen Eigenschaften, soweit für den Arzt von Wert, füge ich noch bei, daſs das Helmitol ein kristallinisch weiſses Pulver bildet und sich bei 163° zersetzt. In Wasser ist es von saurer Reaktion und angenehm säuerlichem Geschmack, zu ca. 7 % löslich, fast unlöslich dagegen in Alkohol, ganz unlöslich in Äther. Durch verdünnte Säuren wird es nur langsam gespalten, leicht dagegen durch Al-

---

[2] Über Aristochin, Mesotan, Helmitol und Theocin. *Pharmaceutische Zeitung.* 1902. 87/88.

kalien, durch welche die Bildung von freiem Formaldehyd erfolgt. Nachgewiesen wird das Formaldehyd im Urin mit Phloroglucin, wie mit Phenylhydracin, mit Bromwasser, sowie dem SCHIFFschen Reagens (fuchsinschwef lige Säure).

Wir haben also im Helmitol sowohl eine Verbesserung, als zugleich eine Verstärkung des Urotropins vor uns: das wirksame Formaldehyd wird aus dem Helmitol nicht nur rascher, sondern auch vollständiger abgespalten. Mit Helmitol erzielen wir eine intensivere, energischere, aber auch länger andauernde Wirkung als mit entsprechenden Mengen Urotropin. Nach Untersuchungen von IMPENS erschöpft sich denn auch der Einfluſs des Urotropins viel rascher wie derjenige des Helmitols. Während nach Einnahme von 2 g Helmitol der während der folgenden 6 Stunden secernierte Urin gärungswidrige Eigenschaften aufwies, war dies nach Einnahme entsprechender Urotropinmengen (0,85 g) nur während 1 bis 1½ Stunden der Fall. Ebenso ergab sich, daſs nach Einnahme von 1 g Helmitol der Urin länger steril blieb, als nach Einnahme der doppelten äquivalenten Menge von Urotropin.

Neben starker Desinfektionswirkung besitzt das Helmitol aber auch ausgesprochen sedative, schmerzstillende Eigenschaften. So wurde mir mehrfach von Patienten spontan berichtet, daſs die vorher noch heftigen Schmerzen in Blase und Harnröhre, zumal beim Urinieren, die sich in einem Fall bis zur Ischuria paradoxa gesteigert hatten, das Hitzegefühl, Brennen und Reiſsen in der Harnröhre nach Einnahme von Helmitol prompt und dauernd geschwunden.

Als weiteren, praktisch nicht ganz unwichtigen Vorzug möchte ich noch anführen, daſs das Helmitol von den Patienten durchwegs gern genommen wurde. In Wasser gelöst bildet es ein angenehm säuerliches, mit entsprechendem Zuckerzusatz an Citronenlimonade erinnerndes Getränk.

Fasse ich die Vorzüge des Helmitols[3] noch kurz zusammen, so bestehen sie in

1. seiner energischen, auf Abspaltung von Formaldehyd beruhenden desinfektorischen Wirkung auf den Urin, welche diejenige des Urotropins um das Vier- bis Sechsfache übertrifft;

---

[3] Das Helmitol wird von der Firma Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld sowohl in Substanz als Pulver, wie in Tablettenform à 0,5 g in Handel gebracht. In letzterer Form ist es natürlich bedeutend billiger, als wenn Helmitol in einzelnen Dosen ordiniert wird. Dem Rezepte müſste jedoch auch, analog wie es z. B. beim Aspirin der Fall ist, jeweilen der Vermerk „Originalverpackung Bayer“ beigefügt werden, also

℞ 1 Glasröhrchen, enthaltend 20 Tabletten à 0,5 g Helmitol,
Originalverpackung Bayer.

Jede Tablette besitzt den Aufdruck Helmitol 0,5, so daſs eine Verwechslung mit anderen Medikamenten vollkommen ausgeschlossen ist.

2. der Ungiftigkeit, bezw. dafs das Helmitol, auch in gröfseren Dosen genommen, keine Magendarmstörungen hervorruft, ebenso (in 1 bis 2 %oiger Lösung) die Blasenschleimhaut nicht reizt;
3. seinem angenehmen Geschmack.

Die Anwendung des Helmitols erfolgt

a) per os, in Wasser gelöst, zu 3 bis 4 bis 8 Gramm pro die in acht- bis sechsstündigen Intervallen;
b) direkt in loco in Form 1 bis 2%oiger wässeriger Lösungen, 100 bis 200 cc in die Blase injiziert.

Trotz einiger Mifserfolge glaube ich nach den bisherigen Erfahrungen doch berechtigt zu sein, das Helmitol als ein dem Urotropin überlegenes Mittel zu weiteren Versuchen empfehlen zu dürfen. Eine unbefangene Nachprüfung dürfte, selbst wenn zufällig ein erster Versuch aus diesem oder jenem Grunde nicht gleich günstig ausfallen würde, meine vorteilhafte Meinung über das Helmitol bestätigen.

Über generalisierte Xanthome, besonders das Xanthom „en tumeurs".

Von

Dr. RICHTER,
Assistenzarzt an Dr. UNNAS Klinik.

Mit einer Abbildung im Text.*

(Fortsetzung und Schlufs.)

Die histologischen Befunde bei unseren einzelnen Xanthomarten sind folgende:

I. Xanthoma tumefactum.

Das Mikroskop zeigt, dafs es sich um eine fremde Einlagerung in die Cutis handelt, welche unmittelbar unter der Stachelschicht beginnt bis hart an die subcutane Grenze heranreicht und sich nach beiden Seiten ziemlich scharf gegen das normale Cutisgewebe abgrenzt.

Die Hornschicht ist vollkommen normal. An der Stachelschicht sind — abgesehen von Pigmentspuren in einigen ihrer Basalzellen, worauf weiter unten näher eingegangen wird — Veränderungen nicht nachweisbar. Auch ihre Dicke ist überall gleichmäfsig normal.

Die Einlagerung besteht aus Zellen und Bindegewebe.

---

* S. Heft 2, S. 59.

Die Zellen bilden Komplexe, welche das Bindegewebe zu feineren oder stärkeren Zügen auseinander drängen. Die Zellhaufen sind verschieden grofs und unregelmäfsig gestaltet. In ihrer Form passen sie sich vollkommen den interfascikulären Räumen an, in welchen sie liegen. An Masse überwiegen sie bei weitem die Menge des vorhandenen Bindegewebes. Dieses ist, besonders im oberen Teile der Geschwulst, auf allerdings zahlreiche, aber sehr feine Züge reduziert. In den mittleren Partien finden sich neben den feinen auch derbere Schlingen, während unten breite Züge verlaufen, deren Fibrillen zum Teil durch schmale, streifenförmige Zelleinlagerungen ein wenig auseinander weichen. Die Verteilung des Bindegewebes in der Geschwulst entbehrt also jeglicher Regelmäfsigkeit.

Das Bindegewebe besteht nur aus Kollagen. Rechts sowohl wie links vom Tumor beginnt mit der zellarmen normalen Cutis gleichzeitig das Elastin. Nur an der Basis der Geschwulst begleiten wenige dünne elastische Fasern die kollagenen Bündel, welche von der gesunden Lederhaut in den Tumor übergehen. Die oben erwähnte ziemlich scharfe Grenze zwischen Gesundem und Krankem wird also nicht durch eine Abkapselung der Geschwulst durch Bindegewebe bewirkt, vielmehr hört die Einlagerung der Zellhaufen zwischen die Bindegewebsbündel plötzlich auf. Sie ziehen vom Gesunden ins Kranke, aber mit dem Eintritt in den Tumor sind sie nur noch kollagener Art bis auf die wenigen erwähnten elastischen Fasern an der subcutanen Grenze.

Die Zellkomplexe setzen sich aus ganz verschieden grofsen Mengen ein- oder mehrkerniger Zellen zusammen mit teils kleinem, teils gröfserem, teils ganz gewaltigem Protoplasmaleib.

Die Kerne dieser Zellen sind rundlich oder ungleichmäfsig polyedrisch, häufiger noch stäbchen- oder spindelförmig.

Die kleineren rundlichen oder unregelmäfsig rundlichen Kerne haben ein oder mehrere Kernkörperchen, welche regellos verteilt — oft zentral, oft mehr peripher — in dem Kern liegen. An den kleinsten Kernen dieser Art, welche ziemlich dunkel sind, ist eine Struktur sonst nicht nachweisbar. Sobald sie aber etwas gröfser sind, haben sie einen helleren Ton und zeigen eine feine Granulierung. Teilweise besteht diese neben den Kernkörperchen, vielfach aber sind letztere als besondere Gebilde nicht mehr erkennbar.

Die kleineren länglichen Kerne sind durchweg heller als die vorige Gruppe und alle deutlich granuliert. Gewöhnlich ist nur ein zentral gelegenes Kernkörperchen vorhanden, doch kann es auch fehlen.

Die gröfseren rundlichen Kerne sind bläschenförmig und hell. Sie haben fast sämtlich ein grofses zentrales Kernkörperchen, von dem aus sich ein fädig-körniges Chromatingerüst nach der Peripherie hin spannt.

Die gröfseren gestreckten Kerne sehen — abgesehen von ihrer Form — aus wie die vorigen.

Diese Kerne liegen nun teils zu einem, teils zu mehreren in ihrem Zelleib.

Eine geringe Anzahl von Zellen hat einen der beschriebenen kleinsten rundlichen oder länglichen Kerne. Ihr Protoplasma ist klein und strukturlos. Diese Zellen haben vollständig das Aussehen normaler, nicht vergröfserter Bindegewebszellen.

Weiter finden sich in beträchtlicher Menge Zellen, deren Kern und Protoplasma gröfser ist wie bei der vorigen Gruppe, und welche den Eindruck vergröfserter Bindegewebszellen machen.

Das Hauptkontingent stellen schliefslich Zellen, welche einen grofsen rundlichen oder gestreckten, oder mehrere — dann stets rundliche — Kerne und ein grofses Protoplasma haben. Letzteres zeigt eine deutliche Netzstruktur.

Vielfach sind diese Zellen sichtbar von einander abgegrenzt. Scheinbar hat sich das Spongioplasma an der Peripherie etwas verdichtet. Besonders gilt das von den einkernigen Zellen dieser Art. Bei weitem die meisten zeigen aber keine Spur von einer Abgrenzung, im Gegenteil, ihr Protoplasma ist ineinander geflossen. Teilweise erkennt man auch dann noch an der Lagerung der Kerne, dafs es hauptsächlich mehr-, oft vielkernige Zellen waren, deren Protoplasma verschmolz, meist aber hat man den Eindruck, dafs in einem ganz gleichmäfsigen, gewaltig grofsen, netzförmigen Protoplasma vereinzelt hie und da grofse Kerne liegen. Derartige zusammengeflossene Zellkomplexe füllen ganze Bindegewebsspalten aus, so dafs diese mit der wabigen Masse gewissermafsen ausgegossen erscheinen. Die Form dieser grofsen Waben pafst sich vollkommen den angrenzenden kollagenen Bündeln an. Dasselbe gilt von den grofsen, noch als Einzelgebilde erkennbaren Wabenzellen.

Abgesehen von diesen drei eben beschriebenen verschiedenen Zellarten, welche wohl der Klarheit halber schon hier als Bindegewebs-, Übergangs- und echte Xanthomzellen bezeichnet werden dürfen, finden sich noch zwei verschiedene Sorten von Riesenzellen.

Entweder es liegen 5 bis 12 grofse rundliche Kerne zu einem Haufen oder unregelmäfsig randständig angeordnet in einem ziemlich dunkel gefärbten, strukturlosen, homogenen Protoplasma, welches meist direkt an Bindegewebszüge, sonst aber an deutlich als Einzelgebilde erkennbare andere Zellen grenzt — oder diese Kerne sind ungleichmäfsig kreisförmig um das dunkle, homogene Protoplasma angeordnet und haben ein zweites Protoplasma, welches die oben beschriebene Wabenstruktur hat, und das in Gestalt eines breiten Ringes das erste strukturlose Protoplasma mitsamt den Kernen umgibt.

Alle diese verschiedenen Zellarten bilden nun die oben erwähnten Komplexe, welche die kollagenen Züge auseinander drängen. In den oberen Teilen des Tumors überwiegen die Bindegewebs- und Übergangszellen, doch finden sich überall bis in die obersten Spitzen der Papillen hinauf mit ihnen untermischt schon die Wabenzellen. Ähnlich sind die früher genannten schmalen, streifenförmigen Einlagerungen zwischen den Fibrillen der breiten Bindegewebszüge in der Nähe der Subcutis zusammengesetzt. Die zentralen und unteren Zellhaufen der Geschwulst werden in der Hauptsache durch die zusammengeflossenen großen Wabenzellen gebildet. Die beiden Arten von Riesenzellen sind in geringerer Zahl unregelmäßig hie und da eingestreut.

Die obersten, in den Papillenspitzen gelegenen Wabenzellen führen meist lichtbraune Pigmentkörner, welche teilweise unregelmäßig in den Zelleib eingelagert sind, teilweise auch dicht gedrängt — Klumpen bildend — einen Teil des Protoplasmas verdecken. Ebensolches Pigment, jedoch nur in Spuren, liegt in einigen Basalzellen der Stachelschicht.

Über die Nerven, sowie über die Gefäße ist wesentliches nicht zu bemerken. Nur sind letztere etwas spärlich vorhanden und im Bereich der Geschwulst deutlich verengt. Schweiß- und Talgdrüsen weisen keinerlei Veränderungen auf.

Das vorstehend beschriebene Bild findet sich bei den Schnitten sämtlicher Tumoren, die der Käthe A. excidiert und in Alkohol absolutus gehärtet wurden.

Verhältnismäßig wenig ist über die FLEMMING-Präparate zu sagen.

Auf den ersten Blick fällt auf, daß das Fett innerhalb der Zellkomplexe braunschwarz, das der subcutanen Fettrauben dagegen tiefschwarz ist. Zwischen beiden, aber den letzteren näher, steht bezüglich des Farbentones das Fett der Talgdrüsenzellen.

Das Fett der eigentlichen Geschwulst besteht aus zahlreichen kleinen Tröpfchen. Die größten haben bei $^1/_{12}$ Ölimmersion und Okular I (LEITZ), also bei einer Vergrößerung von 1 : 555, die Größe eines kleinen Stecknadelknopfes. Die kleinsten sind eben noch als feine Punkte erkennbar. Zwischen beiden finden sich alle Übergänge.

Die Fetttröpfchen liegen zum Teil in kleinen, nicht sonderlich dicht gedrängten Häufchen bei einander und verdecken dann einen größeren oder kleineren Teil des Protoplasmas einer Wabenzelle, deren Netzstruktur im übrigen deutlich erkennbar ist. Hie und da findet sich ein Fettpartikelchen auch ganz isoliert und liegt dann deutlich in einem kleinsten Wabenlumen. Meist aber bilden die Fettropfen dicht zusammengedrängte Trauben, die ein Zellprotoplasma nicht mehr unterscheiden lassen. An einigen Stellen liegen die Partikelchen so dicht, daß sie als schwarze Klumpen imponieren. Verstreut finden sich hie und da auch auf den

Bindegewebszügen Tröpfchen, und zwar oft an Stellen, wo von Zellen nichts zu sehen ist.

Weiter kommen wir zu den drei Xanthomarten, die von Herrn C. gewonnen wurden. Der Patient hatte, wie eingangs erwähnt, keinen Zucker im Harn.

Bei diesen Präparaten sowohl wie bei dem schliefslich zu schildernden glykosurischen Xanthelasma kann ich vielfach auf die Beschreibung des Xanthoma tumefactum verweisen und mich daher wesentlich kürzer fassen.

Überall handelt es sich um Einlagerungen in die Cutis, welche aus Bindegewebe und Zellen bestehen. Ersteres weist in Menge, Art und Lagerung mancherlei Unterschiede auf. Die typischen zelligen Elemente aber sind — von unbedeutenden Abweichungen abgesehen — stets die gleichen. Nirgends jedoch finden sich die beiden beim Xanthoma tumefactum beschriebenen Arten von Riesenzellen zusammen wieder vor, nur die eine Art treffen wir bei dem einen tuberösen Xanthelasma nochmals an. Auch die geschilderten Differenzen im Farbenton des Fettes der Geschwulst, der Subcutis und der Talgdrüsen kehren überall wieder.

II. Xanthoma tuberculosum (non glycosuricum).

Hornschicht und Stachelschicht sind unverändert. Unter letzterer beginnt die Geschwulst, deren Durchschnitt fast kreisrund ist, und welche etwa die halbe Dicke der Cutis einnimmt. Der Übergang in die normale Lederhaut ist ein ziemlich plötzlicher, doch ohne scharfe Grenze. Der Tumor ist wesentlich reicher an bindegewebigen Elementen als das Xanthoma tumefactum. Das Bindegewebe ist regellos in derben Zügen und Schlingen angeordnet. Es besteht aus Kollagen und Elastin, doch ist letzteres in den zentralen Teilen des Tumors stark vermindert.

Die zelligen Elemente der Geschwulst setzen sich aus normalen und vergröfserten Bindegewebszellen und aus ein- oder mehrkernigen Wanderzellen mit meist rundlichen, bläschenförmigen Kernen zusammen. Grofse, vielkernige Zellen sind nicht vorhanden, ebensowenig ist von einem Ineinanderfliefsen des Protoplasmas mehrerer Zellen etwas zu bemerken, wodurch beim vorigen Fall vielfach der Eindruck von Ausgüssen der interfascikulären Räume hervorgerufen wurde.

Die osmierten Schnitte zeigen, dafs das Fett wieder aus kleinen Tröpfchen besteht, die in ganz derselben Weise angeordnet sind, wie wir es beim Xanthoma tumefactum fanden.

Nerven, Schweifs- und Talgdrüsen lassen keine Abweichung von der Norm erkennen. Die Gefäfse scheinen in den zentralen Partien mäfsig verengt zu sein.

Pigment findet sich nur in Spuren. An drei oder vier Stellen des Schnittes liegen kleine Häufchen glänzend gelbbrauner Kügelchen.

III. Xanthoma tuberosum (non glycosuricum) vom Ellenbogen des Herrn C.

Die Geschwulst bildet im Schnitt ein liegendes Oval, das etwa Dreiviertel der Cutisdicke durchsetzt. Die Hornschicht über dem Tumor ist normal. Die Stachelschicht, welche von der Geschwulst durch einen schmalen Saum normaler Lederhaut getrennt ist, zeigt eine deutliche Verschmälerung. Die Papillen sind teilweise abgeflacht und haben eine unebenmäfsige Gestalt, teilweise sind sie ganz verstrichen.

Innerhalb der Geschwulst erscheinen kurze, schmale Bindegewebszüge mit kleineren Zellhaufen regellos durcheinandergemischt. Erst nach den Rändern zu werden die Züge stärker und länger, um sehr allmählich in die gesunde Umgebung überzugehen. Hier sind die kollagenen Bündel auch wieder von elastischen Fasern begleitet, während in den zentralen Partien diese ganz fehlten.

Die zelligen Elemente haben wenig Besonderheiten. Unterhalb des normalen Cutisstreifens, welcher die Geschwulst von der Stachelschicht trennt, findet sich zunächst eine Zone teils unveränderter, teils vergröfserter Bindegewebszellen, erst dann folgen die Wabenzellen, die aber nirgends sehr grofs sind und deren Protoplasma an keiner Stelle mit einander verschmilzt.

Die osmierten Präparate zeigen die schon bekannten Fettröpfchen in derselben Lagerung wie bei den früher beschriebenen Formen.

Schweifs-, Talgdrüsen und Nerven sind normal, dagegen finden sich in dem zwischen Tumor und Stachelschicht gelegenen unveränderten Cutisstreifen zahlreiche, zum Teil sehr stark erweiterte Kapillaren. Auch die Gefäfse der Umgebung der Geschwulst sind eine Strecke weit dilatiert, während die im Bereiche des Tumors selbst verlaufenden deutlich verengt sind.

Pigment führen weder die Zellen der Stachelschicht noch die der Geschwulst.

IV. Xanthoma tuberosum (non glycosuricum) vom Schenkel des Herrn C.

Diese schon makroskopisch apart aussehende Geschwulst, von welcher der Patient nur ein Exemplar aufweist, zeigt auch mikroskopisch einige Besonderheiten.

Die Hornschicht ist im Bereich des peripheren rotgelben Walles intakt, desgleichen die Stachelschicht. Letztere erscheint dort, wo die erhabene Randpartie in das schiefergraue Zentrum übergeht, zunächst verdünnt und auf eine flache Schicht ohne Leisten reduziert, offenbar durch den Auftrieb des darunter wuchernden Xanthoms. Weiter nach dem

Zentrum zu ist sie plötzlich wieder sehr stark gewuchert in Form eines breiten Leistensystems mit einem darin enthaltenen dicken Papillarkörper. Diese zentrale Wucherung erinnert durch ihre groben und unregelmäſsigen Formen etwas an die starke Epithelwucherung, welche den Abschluſs von Ulcerationsprozessen bildet, so daſs es den Anschein hat, als wäre an dieser Stelle das Xanthom in einer früheren Periode oberflächlich geschwürig zerfallen gewesen.

Weiter zeichnet sich diese Stelle noch dadurch aus, daſs die tief eindringenden Epithelleisten sehr unregelmäſsig verhornt sind. An manchen Stellen dringt die Hornschicht tief in die Epithelleisten ein und fällt dann oft keilförmig aus, so daſs die Oberfläche grob zerklüftet ist.

Endlich ist diese Partie noch durch eine merkwürdige Verschiebung der Zellen innerhalb der Stachelschicht ausgezeichnet, wie sie bei Carcinomen vorkommt. Die einzelnen Zellkomplexe sind um bestimmte Mittelpunkte wirbelartig gedreht.

Die eigentliche Tumormasse, welche unter der in der beschriebenen Weise veränderten Horn- und Stachelschicht liegt und sich beiderseits noch ein Stück unter die normale Oberhaut — entsprechend dem gelbroten Wall — erstreckt, durchsetzt die ganze Cutis. Der Übergang in die normale Lederhaut nach rechts und links findet in der Weise statt, daſs noch eine Strecke weit zunächst gröſsere, dann kleinere Inseln von Geschwulstmasse in der Cutis liegen.

Die Geschwulst selbst ist gegen die vorher beschriebene Oberhaut durch einen schmalen, subepithelialen Cutisstreifen abgetrennt, welcher keine Xanthommasse enthält, ebenso wie der darüber hinziehende Papillarkörper.

Die Geschwulstmasse besteht wieder aus Bindegewebsbündeln und Zellkomplexen. Von ersteren sind starke Züge regellos mit feinen Schlingen gemischt. Alle sind aber nur kollagener Art. Elastische Fasern fangen erst beim Übergang in die normale Lederhaut an, die kollagenen Bündel zu begleiten. Vollständig geschwunden ist aber auch innerhalb der Geschwulst das Elastin nicht. Es hat sich streckenweise aus seinem Zusammenhange gelöst, ist gequollen und zusammengeschnurrt und bildet dann unregelmäſsige, dicke Knäuel gekräuselter Fäden.

Die zelligen Elemente bestehen aus normalen und vergröſserten Bindegewebszellen und aus ein- oder mehrkernigen Wabenzellen in allen Gröſsen. Auch ein Zusammenflieſsen des Protoplasmas der letzteren ist hie und da bemerkbar. Weiter finden sich riesige Wabenzellen mit 6 bis 12 teils zu einem Klumpen angeordneten, teils zerstreut im Protoplasma liegenden Kernen, und schlieſslich Zellen, welche aussehen wie die eben beschriebenen, nur liegen die Kerne — meist unregelmäſsig ringförmig — um ein homogenes, trübes Protoplasma. Sie gleichen also der einen, beim Xan-

thoma tumefactum beschriebenen Riesenzellen-Art, die ebenfalls zweierlei Protoplasma hatten. Außerdem ist eine nicht unbeträchtliche Menge von Mastzellen ziemlich gleichmäßig über das ganze Gesichtsfeld verstreut.

Das Fett sieht ebenso aus wie bei den vorher beschriebenen Xanthomformen.

Pigment liegt in Gestalt kleiner Häufchen, welche aus grünbraunen Schollen bestehen, in den oberen und tieferen Teilen der Papillen und weiter in sämtlichen basalen Stachelzellen.

Nerven, Schweiß- und Talgdrüsen weisen keine Veränderungen auf, ebensowenig die Gefäße, nur sind deren Lumina im Bereiche der Geschwulst verengt.

V. Xanthoma tuberosum glycosuricum.

Die Hornschicht ist normal, die Stachelschicht verschmälert, die Papillen sind abgeflacht.

Die flache Geschwulst, welche etwa Zweidrittel der Cutis durchsetzt, besteht aus mehreren, durch starke Bindegewebszüge von einander getrennten Tumoren, welche sich ihrerseits wieder aus kleineren, rundlichen, von schwächeren Bindegewebszügen konzentrisch eingefaßten Gebilden zusammensetzen.

Dieses Konglomerat von Geschwülstchen ist von der Stachelschicht noch durch einen Cutissaum getrennt, welcher bis auf eine mäßige Vermehrung der zelligen Elemente keine Veränderungen aufweist. Letzteres gilt auch von den erwähnten trennenden breiten Bindegewebszügen, dagegen ist in den konzentrischen schmalen das Elastin stark vermindert. Rein kollagener Art sind die wenigen zarten Schlingen, die gemeinsam mit den Zellkomplexen eine kleinste Geschwulst ausmachen.

Diese besteht im Gegensatz zu den vorher geschilderten Xanthomarten fast nur aus Zellen, unter welchen die kleineren und mittelgroßen Wabenzellen mit einem oder wenigen bläschenförmigen Kernen überwiegen. Zellen mit so großem Protoplasmaleib, wie bei einigen der vorigen Xanthome, sind nicht vorhanden, ebenso wenig findet eine Verschmelzung des Protoplasmas mehrerer statt. Die Fibrillen der breiten bindegewebigen Grenzzüge weichen stellenweise auseinander, um schmalen Einlagerungen kleiner, einkerniger Wabenzellen Platz zu machen.

Im Zentrum einiger kleiner Geschwülstchen erscheinen die zentralen Partien lückenhaft, schlecht gefärbt und ohne deutliche Struktur.

Pigment findet sich streckenweise in den untersten Zellreihen der Stachelschicht in Gestalt dunkelbrauner kleiner Schollen.

Nerven, Schweiß- und Talgdrüsen sind unverändert. Die Kapillaren innerhalb des Xanthoms sind mäßig verengt, die der angrenzenden normalen Cutisteile entschieden erweitert.

Osmierte Präparate liegen von diesem Xanthom nicht vor.

Überblicken wir kurz das bei unsern Xanthomen Gefundene:

In allen Fällen handelt es sich um eine Einlagerung in die Cutis, welche unmittelbar unter der Stachelschicht beginnt oder noch einen schmalen Saum normaler Lederhaut zwischen sich und der Stachelschicht läfst.

Letztere ist teils unverändert, teils verschmälert unter gleichzeitiger Abflachung der Papillen. Eine Abnormität zeigt das tuberöse Xanthom vom Schenkel des Herrn C., bei welchem das ganze Leistensystem der Stachelschicht stark in die Tiefe gewuchert ist, während ihre Zellen eine eigenartige Verschiebung aufweisen. Gleichzeitig ist hier die Verhornung eine recht unregelmäfsige im Gegensatz zu allen übrigen Xanthomformen, bei welchen die Hornschicht meist normal, nur hie und da etwas verdickt oder abgehoben ist.

Die Einlagerung durchsetzt die ganze Cutis oder doch ihren gröfseren Teil. Sie geht nach den Seiten zu teils plötzlich, teils mehr allmählich ins Gesunde über.

Zusammengesetzt ist sie aus Bindegewebe und Zellen in der Weise, dafs im allgemeinen letztere an Menge etwas überwiegen. Ganz entschieden ist das bei unserm Xanthoma tumefactum der Fall.

Das Bindegewebe ist meist regellos in schwächeren oder stärkeren Bündeln angeordnet, zwischen denen die Zellen liegen. Nur beim zuletzt beschriebenen glykosurischen Xanthom findet sich eine gewisse Gesetzmäfsigkeit, indem kleine, rundliche Zellhaufen, welche ihrerseits nur Spuren von Kollagen führen, von dünnen Bindegewebszügen konzentrisch eingeschlossen, und wieder mehrere solcher Gebilde durch starke Züge zu einem Ganzen vereinigt sind.

Das Bindegewebe innerhalb der Geschwulst ist, wie z. B. bei unserm Xanthoma tumefactum, rein kollagener Art. Bei unseren übrigen Xanthomformen sind die elastischen Fasern, besonders im Zentrum des Tumors, auf ein Minimum reduziert. Etwas Besonderes weist das Xanthoma tuberosum vom Oberschenkel des Herrn C. auf. Hier sind die elastischen Fasern, wie oben geschildert, in eigenartiger Weise degeneriert.

Die Zellen, aus denen die Geschwülste neben dem Bindegewebe bestehen, sind teils normale, teils vergröfserte Bindegewebs-, teils Wabenzellen. Letztere sind als die spezifischen Elemente des Xanthoms anzusehen. Von der unveränderten Cutiszelle bis zur gröfsten Xanthomzelle finden sich alle Übergänge, so dafs die Abstammung der letzteren von der Cutiszelle keinem Zweifel unterliegt.

Die Zellen, von welchen oft diese, oft jene Kategorie ein wenig überwiegt — doch nehmen stets die Xanthomzellen den gröfsten Raum ein —, sind zu gröfseren oder kleineren Komplexen angeordnet, welche sich zwischen die Bindegewebsbündel schieben.

Erwähnenswert erscheint das Verschmelzen des Protoplasmas gröfserer Wabenzellen, was sich vielfach beim Xanthoma tumefactum und hie und da auch beim Xanthoma tuberosum vom Schenkel des Herrn C. fand. Bei diesen beiden Xanthomformen waren auch die gröfsten Wabenzellen vorhanden, zum Teil mit vielen, verschiedenartig gelagerten Kernen, so dafs man hier wohl mit Recht von xanthomatösen Riesenzellen sprechen kann.

Aber noch andere Riesenzellen fanden sich bei unserm Xanthoma tumefactum und tuberosum vom Oberschenkel des Herrn C. Ersteres wies Zellen mit vielen Kernen auf, welche in einem trüben, nicht netzförmigen, sondern homogenen Protoplasma lagen, und ferner Zellen, die aussahen wie diese, aber aufserdem eine breite wabige, periphere Zone aufwiesen, also zwei Arten von Protoplasma hatten. Die letztere Art fand sich auch bei dem tuberösen Xanthelasma, welches dem Schenkel des Herrn C. aufsafs.

Das Fett sah bei allen vier Xanthomarten gleich aus. Es bestand in kleinsten Tröpfchen, die meist in dem netzförmigen Protoplasma der Xanthomzellen in der Weise lagen, dafs jedes Tröpfchen ein Wabenlumen ausfüllte, zum Teil sich aber auch frei fanden und dann offenbar von ihrem ursprünglichen Platze weggeschwemmt waren. Nach dem Farbenton zu schliefsen, ist das Fett entschieden anderer Natur als das der Subcutis- und Talgdrüsenzellen. Letztere standen bezüglich der Schwärze in der Mitte zwischen den tiefschwarzen Subcutis- und den braunschwarzen Xanthomzellen.

Über die Talg- und die Schweifsdrüsen ist nichts zu bemerken, ebenso wenig über die Nerven.

Die Gefäfse sind im Bereich der Geschwulst durchweg eng, dagegen in der gesunden Umgebung teilweise dilatiert. Letzteres ist am ausgesprochensten innerhalb des normalen Cutisstreifens der Fall, welcher beim Ellenbogenxanthom des Herrn C. die Oberhaut von der Tumormasse trennt.

Vergleichen wir unsere Resultate mit denen der genannten Autoren und verweilen zunächst kurz bei der Klinik der einzelnen Fälle, so finden wir, dafs unser glykosurisches Xanthom, ferner das tuberkulöse und das tuberöse vom Ellenbogen des Herrn C. von einer ganzen Reihe von Forschern in sehr ähnlicher Weise beschrieben ist. Die Farbentöne fanden einige mehr gelb, andere mehr rot, auch rot-violett oder rot mit zentraler Gelbfärbung oder Einstreuung gelber Punkte. Letztere traten oft erst auf Druck hervor. Teilweise sollen die Geschwülste auch druckempfindlich gewesen sein. Dieser Umstand, sowie die rote Farbe haben mehrfach Anlafs zu der Vermutung gegeben, das Xanthom sei entzündlichen Ursprungs. Ich komme darauf weiter unten zurück.

Einzigartig scheint zunächst unser Xanthoma tuberosum vom Oberschenkel des Herrn C. zu sein. Die mikroskopische Untersuchung aber

zeigt, daſs die schiefergraue Delle wahrscheinlich das Resultat eines früher stattgehabten geschwürigen Zerfalles der zentralen Partie der Geschwulst ist, für die sich eine bsstimmte Ursache nicht angeben läſst. Jedenfalls handelt es sich um keine besondere Xanthomform, denn auch die histologischen Eigentümlichkeiten, nämlich die Wucherung des Leistensystems der Stachelschicht, die vorhandenen Mastzellen und die eigenartige Degeneration des Elastins — so interessant sie auch an und für sich sind — dürften eine weitere Folge derjenigen Reize sein, welche die Ulceration bedingten. Ich nehme das hier vorweg und kann damit diese Geschwulst als erledigt betrachten.

Eine Seltenheit bildet unser Xanthoma tumefactum. Die Gründe, welche dafür sprechen, diese Form aus der Reihe der tuberösen Xanthelasmata herauszuheben, sind eingangs dargelegt. Wir befinden uns in dieser Hinsicht in vollständiger Übereinstimmung mit allen denjenigen Autoren, welche diese Xanthomform zu beobachten Gelegenheit hatten.

Auch mikroskopisch stimmen unsere Befunde in der Hauptsache mit denen der genannten Forscher überein. Immer handelt es sich um cutane Geschwülste, welche aus Bindegewebe und Zellen bestehen, unter denen die Xanthomzelle die Hauptrolle spielt. Nur Pönsgen hat neben cutanen Xanthomen subcutane beobachtet.

Das Bindegewebe ist nach den meisten Autoren regellos in der Weise angeordnet, daſs feinere oder derbere Züge durch die Zellhaufen auseinandergedrängt werden. An Masse überwiegen im allgemeinen die zelligen Elemente im Vergleich zur intercellularen Substanz. Besonders ausgesprochen war das bei unserm Xanthoma tumefactum, also der gröſsten Xanthomform. Dasselbe konstatieren Lehzen und Knauss, welche auch stets bei den gröſseren Geschwülsten viel mehr Zellen als Bindegewebe sahen. Im Gegensatz dazu fand Poensgen gerade bei seinen gröſsten Xanthomen eine kolossale Entwicklung der Zwischensubstanz, doch handelte es sich hier auch um subcutane Xanthome. Ähnliches stellt Unna bei seinem Riesenzellenxanthom fest, das nun allerdings ganz flacher Art war.

Die Menge des vorhandenen Bindegewebes schien anfänglich in einem gewissen Verhältnis einerseits zur Gröſse, andererseits zum Alter der Geschwulst zu stehen. Die eigenen Untersuchungen aber und die Literaturberichte zeigten bald, daſs diese Vermutung irrig war, und sich eine Regel nicht aufstellen läſst.

Eine gewisse Gesetzmäſsigkeit in der Anordnung der Zwischensubstanz existiert nach Chambard. Sie war bei seinem Fall besonders stark in der Umgebung der Gefäſse, der Schweiſsdrüsen und der Nerven entwickelt. Bälzer fand peripher mehr Zellen, im Zentrum mehr Intercellularsubstanz.

Daſs diese innerhalb der Geschwulst, oder vielmehr innerhalb der einzelnen kleinen Geschwülste, aus denen sich in diesem Falle das Xanthom zusammensetzte, gar nicht vorhanden war, haben KOEBNER und GEYER gefunden. Dasselbe ist offenbar bei UNNAS diabetischem Xanthelasma der Fall, wenigstens erwähnt er nur die konzentrischen Fasern, welche jedes Einzelgeschwülstchen umgeben.

Wir kommen damit zu einigen Fällen, wo eine ganz entschiedene Gesetzmäſsigkeit in der Anordnung vorhanden ist. Erstlich gehört dahin unser glykosurisches Xanthom. Bei ihm sind mehrere Einzelgeschwülste, von welchen jede von konzentrischen schwachen Fibrillen umgeben ist, durch einen starken Bindegewebswall zu einem gröſseren Tumor vereinigt und so von der normalen Cutis scharf getrennt. Dasselbe findet sich bei drei UNNAschen Xanthomen, ferner bei dem Fall von SCHWIMMER, GEYER und THIBIERGE. Bei dem einen von UNNA beschriebenen Xanthom bilden die einzelnen Herde keine kompakte Masse, sondern liegen mehr zerstreut. Auch beim GEYERschen sind auſser Knötchenkonglomeraten noch vereinzelte Herde vorhanden.

Über die Art der Abgrenzung gegen das gesunde Gewebe finden sich, abgesehen von den eben erwähnten Fällen, keine Angaben. Bei unsern nicht glykosurischen Xanthomen wurde der Übergang durch ein mehr oder weniger plötzliches Auseinanderweichen der Bindegewebsbündel unter Einlagerung von Zellhaufen bewirkt.

Sehr richtig bemerkt TÖRÖK, daſs sich über die Anordnung des Bindegewebes überhaupt keine Regeln aufstellen lassen.

Auch über seine Natur sind die Angaben äuſserst spärlich. KRZYSZTALOWICZ betont, daſs nirgends von einer Verminderung oder gar von einem Schwund der elastischen Fasern die Rede sei. Im Gegensatz dazu war bei unserm Xanthoma tumefactum das Elastin in der Geschwulst überhaupt geschwunden, bei allen übrigen Formen wenigstens in den zentralen Partien stark vermindert.

An Zellen haben alle Autoren einfache und vergröſserte Bindegewebs- und die eigentlichen Xanthomzellen gefunden, die in der Hauptsache übereinstimmend — ganz wie bei uns — beschrieben werden.

Auch die Abstammung der Xanthomzelle von der Cutiszelle wird fast durchweg als gesichert angenommen. TOUTON ist bemüht, das genauer nachzuweisen.

Daſs alle diese Xanthomzellen und ihre Vorstufen gröſsere oder kleinere Komplexe bilden, wird ebenfalls überall betont.

GEYER hat innerhalb des Protoplasmas Vakuolen gesehen, und TÖPFER hat „von der fibrösen Grundlage genetisch verschiedene Xanthomzellen“ nicht gefunden. Jedenfalls will er mit dieser etwas unklaren Äuſserung auf die Abstammung der Xanthomzelle von der Cutiszelle hinweisen.

Touton ist lebhaft bemüht, eine Membran bei der Xanthomzelle nachzuweisen. Auch bei unseren Präparaten schien sich vielfach das Spongioplasma an der Peripherie etwas verdichtet zu haben. Von einer Membran aber zu spechen, welche bekanntlich im Gegensatz zur pflanzlichen Zelle ein notwendiges Ingredienz der tierischen Zelle nicht ist, erscheint etwas gewagt. Zwischen dieser Membran nun und dem eigentlichen Spongioplasma hat Touton einen hellen Ring gefunden. Wie schon andere Autoren, so waren auch wir bemüht, speziell mit den von Touton angegebenen Methoden dies Phänomen zu entdecken, doch ist es nirgends gelungen.

Touton ist es auch, der das Vorkommen von Riesenzellen beim Xanthom betont hat. Er fand nicht gewöhnliche Riesenzellen, bei denen die Kerne etwa ringförmig peripher lagen, sondern zwischen diesem Kernring und seiner sogenannten Membran lag noch eine Zone netzförmiger Protoplasmas. Touton sagt nicht, wie das Protoplasma aussah, welches innerhalb des Kernringes lag, da er aber betont, dafs das peripher gelegene xanthomatösen Charakter hatte, dürfte die mittlere Partie anders aus gesehen haben.

Es sind das wahrscheinlich ganz dieselben Riesenzellen, welche auch wir beim Xanthoma tumefactum und bei dem tuberösen vom Schenkel des Herrn C. fanden und als Riesenzellen mit zweierlei Protoplasma beschrieben haben, nur dafs bei unserm Fall die Kernlagerung häufig recht unregelmäfsig war.

Aufserdem weist unser Xanthoma tumefactum aber noch gewöhnliche Riesenzellen auf, welche also den xanthomatösen peripheren Ring nicht hatten. Diese hat aufser uns nur Unna bei seinem Fibroxanthom beschrieben.

Schliefslich fanden sich bei dieser Xanthomspecies, sowie bei dem Xanthoma tuberculosum und dem tuberösen vom Schenkel des Herrn C. viele sehr grofse Wabenzellen mit vielen, meist in Haufenform zentral oder excentrisch gelagerten Kernen, die wohl den Namen rein xanthomatöser Riesenzellen verdienen. Ihr Protoplasma ist also ganz netzförmiger Struktur.

Letztere hat auch Unna in einem seiner Fälle gefunden. Doch lagen bei ihm die Kerne ringförmig an der Peripherie.

Endlich spricht Thibierge von Riesenzellen, welche wie die Toutonschen aussehen sollen. Leider beschreibt er sie nicht genauer, so dafs das Vorhandensein der zwei Protoplasma-Arten nicht mit Sicherheit feststeht.

Ob man berechtigt ist, wie es mehrere Autoren tun, jede gröfsere mehrkernige Wabenzelle als Riesenzelle zu bezeichnen, erscheint zweifelhaft.

Die erwähnten rein wabigen Riesenzellen und die gröfseren Xanthomzellen überhaupt sind auch diejenigen Gebilde, welche durch Verschmelzung ihres Protoplasmas den Eindruck von Ausgüssen der interfascikulären

Räume machen, in denen vereinzelt Kerne oder Kernhaufen liegen. Von unsern Fällen wies besonders das Xanthoma tumefactum diese Erscheinung auf. Von den citierten Autoren sind es Touton, Balzer, Lehzen und Knauss, welche dasselbe fanden.

Unna konstatiert bei seinem diabetischen Xanthom ein Ineinanderfließen des Zellprotoplasmas mit feinen, spieſsigen Kristallen, die im Zentrum der Geschwülste lagen. Kristalle hat auch schon Balzer beobachtet, auſserdem auch noch groſse Fettropfen, die im Protoplasma der zentral gelagerten Xanthomzellen lagen.

Eine andere Abwandlung der mittleren Partien des Tumors fand Robinson in Gestalt strukturloser, schlecht färbbarer Massen, eine Beobachtung, welche bis zu einem gewissen Grade mit dem übereinstimmt, was wir bei unserm glykosurischen Xanthom sahen.

Diese zentralen, bröckelichen Massen, die erwähnten Kristalle und groſsen Fettropfen sind die einzigen Besonderheiten, welche über das Xanthomfett berichtet werden, welches sonst überall in gleicher Weise beschrieben wird.

Gerade sie sind es, die vielfach Anlaſs gegeben haben zu Erwägungen, ob sie nicht das Produkt einer echten Degeneration und das Endresultat eines entzündlichen Prozesses seien.

Die meisten Autoren haben nichts gefunden, was für diese Annahme präche. Einige heben das besonders hervor, so Touton, Geyer, Töpfer md andere. Unna spricht in einem Falle von leichten Entzündungsrscheinungen in der Umgebung der Geschwulst, meint aber damit offenar nur die vorhandene Bindegewebswucherung. Balzer dagegen schlieſst us den Kristallen und Fettropfen auf entzündliche Prozesse. Auſserdem at er „Cellules embryonnaires“ gefunden. Auch Ehrmann, Anderson nd Crocker sprechen von sogenannter kleinzelliger Infiltration. Robinson rklärt speziell das glykosurische Xanthom für eine echte Entzündungseschwulst. Derselben Ansicht ist Török. Er schildert eingehend eine Reihe von Präparaten nicht diabetischer Xanthome und konstatiert, daſs Geschwülste nicht entzündlicher Natur sind. Dann kommt er auf das lykosurische Xanthom, hebt klinisch die rote Farbe und die Schmerzaftigkeit und histologisch die Erweiterung von Gefäſsen, sogenannte Rundzelleninfiltration, und zentrale degenerative Prozesse hervor. Damit laubt Török einen fundamentalen Unterschied zwischen dem nicht diaetischen und dem diabetischen Xanthom gefunden zu haben und veründet der staunenden Welt: das glykosurische Xanthom ist eine Entündungsgeschwulst im Gegensatz zum nicht glykosurischen, welches einerlei entzündliche Erscheinungen aufweist.

Nur schade, Török hat diabetische Xanthome gar nicht untersucht. Er sagt selbst, daſs er dazu leider keine Gelegenheit hatte und sich vollandig auf Robinsons Befunde verlassen habe.

ROBINSON stützt seine Behauptung eines entzündlichen Ursprungs und entzündlicher Natur der xanthomatösen Geschwulst auf das Vorhandensein von „Rundzellenanhäufungen“ und von Wucherung des Bindegewebes um die Gefäſse, welche er beim Austritt aus dem Tumor erweitert fand. Zu jener Zeit war es gebräuchlich, die Zellanhäufungen bei pathologischen Vorkommnissen mit dem nichts präjudizierenden, aber auch nichts genau definierenden Ausdruck „Rundzellen“ überall dort zu bezeichnen, wo nicht geradezu eine Wucherung von Bindegewebszellen vorlag. Jeder Leser konnte sich nun nach seiner allgemeinen pathologischen Anschauung unter dem Worte „Rundzellen“ seſshafte Bindegewebszellen denken, wie sie nach VIRCHOW bei jeder Entzündung vorkommen, oder auch ausgewanderte Zellen im COHNHEIMschen Sinne.

Je nachdem man nun die Exudation als einen integrierenden Bestandteil jeder Entzündung betrachtet oder nicht, konnte man damals die Angabe eines Rundzellenbefundes als Beweis einer vorliegenden Entzündung betrachten oder nicht.

Eine derartige Beschreibung, welche zur Zeit, als ROBINSONS Arbeit erschien, dem Stande der Wissenschaft entsprach, genügt heute nicht mehr. Wir haben uns bei jedem Vorkommen pathologischer Zellen in der Cutis zunächst darüber schlüssig zu machen, ob die Zellanhäufungen als Auswanderer oder als seſshafte Zellen aufzufassen sind, und wenn ersteres, welche Arten der Wanderzellen (polynukleäre Leukocyten, Lymphocyten etc.), wenn letzteres, ob Plasmazellen oder Zellen vom Habitus der Fibroblasten vorliegen.

Falls man nur ausgewanderte Zellen nachweisen kann, oder falls neben diesen eine zweifellose Proliferation von seſshaften Zellen stattfindet, ist das Vorhandensein einer Entzündung anzunehmen, im ersten Fall einer rein exsudativen Entzündung, im zweiten einer entzündlichen Geschwulst. Die letztere Bezeichnung sind wir gezwungen, aus klinischen Gründen auch dann zu wählen, wenn neben einer sicheren histiogenen Zellwucherung Symptome einer rein flüssigen, nicht korpuskulären Exsudation vorliegen. So stellt z. B. das Ulcus molle im Beginn histologisch ein reines Plasmom dar, aber aus klinischen Gründen werden wir dieses Geschwür immer auf eine entzündliche Geschwulst der Cutis zurückführen, nicht auf einen einfachen Tumor. Auch finden wir histologisch gleich anfangs alle Anzeichen einer entzündlichen Gefäſserweiterung innerhalb der Geschwulst und einer serösen Exsudation.

Wenden wir das Gesagte auf die Histologie des Xanthoms an, so ist von keinem Autor, auch nicht von ROBINSON, mit Sicherheit eine Exsudation korpuskulärer Elemente bei irgend einer Xanthomform nachgewiesen. Die Rundzellen, welche ROBINSON und die übrigen genannten Autoren beim diabetischen Xanthelasma gefunden haben, tragen nach

unseren und anderer Untersuchungen den Charakter einer seſshaften Zellenbrut. Man könnte also für irgend eine Form des Xanthoms den Ausdruck einer entzündlichen Geschwulst nur dadurch retten, daſs man irgendwelche Symptome seröser Exsudation im Bereiche der Geschwulst nachwiese, wie z. B. starke Erweiterung der Kapillaren und Lymphgefäſse, Klaffen der Lymphspalten, stärkere Durchfeuchtung des Bindegewebes, welches den Gefäſsen benachbart ist.

Von allen diesen Symptomen ist aber beim Xanthom nicht die Rede. ROBINSON sagt selbst mehrfach, daſs die Gefäſsdilatation, von der er wiederholt spricht, auſserhalb der Tumoren einsetzte. Wir fanden die Gefäſse im Bereiche der Geschwülste, besonders in ihren mittleren Partien, stets eng. Die Lymphspalten und Lymphgefäſse klafften nie, sondern waren mit Xanthommasse erfüllt, kurz, die ganze Geschwulst hatte einen durchaus trockenen Charakter.

Dieser histologische Befund entspricht völlig dem klinischen, welcher uns lehrt, daſs zu keiner Zeit der Entwicklung das Xanthom einen entzündlichen Eindruck macht, schmerzhaft oder heiſs anzufühlen ist, etwa wie ein beginnender Furunkel. Wenn bei den diabetischen Xanthelasmen, besonders bei den konglomerierten des Ellenbogens, von Schmerz die Rede ist, so bezieht sich das auf Verhältnisse, welche mit einer Entzündung nichts zu tun haben. Diese xanthomatösen Tubera schmerzen nämlich nie spontan, sondern nur bei Druck, etwa wie ein die Haut spannender Fremdkörper, welcher ebenfalls bei Druck sehr schmerzhaft sein kann.

Weiter wird von ROBINSON resp. TÖRÖK die Röte vieler kleinerer Geschwülste ins Treffen geführt. Auch von einem roten Hof ist mehrfach die Rede. Das spätere Gelbwerden soll dann ein sekundäres Verfettungsstadium sein, welches dem entzündlichen Anfangsstadium folgt.

Erstlich waren viele unserer kleinsten Geschwülstchen gleich gelb, und zweitens zeigten die roten auf Druck stets ein gelbes Zentrum, also war auch in ihnen von Anfang an Fett vorhanden, nur wurde seine Farbe verdeckt. Ganz dieselbe Beobachtung hat — abgesehen von anderen — auch ROBINSON gemacht, aber seine Schlüsse können wir nicht als richtig anerkennen.

Die Röte erklärt sich ganz einfach als eine kollaterale Stauung, dadurch hervorgerufen, daſs im Bereiche der Geschwulst sämtliche Gefäſse von der Neubildung komprimiert werden. Es ist weiterhin selbstverständlich, daſs, wenn die Xanthomknötchen heranwachsen, ein Zeitpunkt eintritt, wo zwischen dem Tumor und der Oberhaut — zunächst über seinem Zentrum, später auch mehr peripher — alle Kapillaren komprimiert sind, und die Stauungshyperämie zunächst nur an den seitlichen Abdachungen, später vielleicht nur noch in der Umgebung der Geschwulst sichtbar ist.

Es bleiben schliefslich noch die zentralen Abwandelungen des Fettes übrig, welche eine Anzahl von Autoren fanden und zum Teil als Resultate einer Degeneration und Endprodukte eines entzündlichen Prozesses angesehen haben.

Balzer hat Fettropfen und Fettkristalle, Robinson strukturlose Massen gefunden.

Ebenso gut wie durch das Platzen des peripheren Protoplasmas ein Verschmelzen mehrerer Zellen stattfindet, was aufser uns noch eine ganze Anzahl von Autoren konstatiert haben, kann auch durch Bersten kleinster Wabenhülsen ein Verschmelzen kleinster Fettpartikelchen zu grofsen Tropfen vor sich gehen. Letztere hat auch Geyer gefunden, daneben aber viele karyomitotische Bilder. Mit Recht schliefst er daraus, dafs von einer Degeneration hier keine Rede sein könne.

Das Resultieren eines lückenhaften Protoplasmas ist denkbar, wenn unter Bersten von Wabenhülsen Fettröpfchen der Resorption verfallen. Wahrscheinlicher ist die Annahme, dafs sie, aus ihrem Wabenlumen gelöst, bei der Behandluug der Schnitte verloren gingen. Dafs derartige Partien bei den Schwierigkeiten, welche das Färben der osmierten Präparate bietet, sich als strukturlose Massen repräsentieren, ist begreiflich.

Ebenso wie die Fettpartikelchen nach Bersten ihrer Wabenhüllen zu Fettropfen zusammenfliefsen, können sie offenbar auch kristallinische Formen annehmen. Aufser Balzer fand noch Unna Fettkristalle, ohne deshalb von einer Degeneration zu sprechen.

Es dürften somit diejenigen Autoren widerlegt sein, welche der Ansicht sind, dafs entzündliche Prozesse beim Xanthom eine Rolle spielen. Es dürfte vor allem Robinsons Behauptung, das glykosurische Xanthelasma sei eine Entzündungsgeschwulst, sich als irrig herausgestellt haben. Die Törökschen Hypothesen, denen eigene Beobachtungen nicht zu Grunde liegen, fallen damit in sich zusammen.

Abgesehen von vorstehenden histologischen Erwägungen, gibt es noch mancherlei Punkte, welche unser Interesse beanspruchen, so die Frage, ob und wie weit der Diabetes oder gewisse Leberaffektionen mit einigen Xanthomformen in Verbindung zu bringen sind, ferner die Frage, ob die Abtrennung einer juvenilen Xanthomform berechtigt ist oder hereditäre Verhältnisse eine Rolle spielen.

Unsere Untersuchungen haben zur Lösung dieser Fragen im einen oder anderen Sinne keine Anhaltspunkte ergeben.

Zum Schlufs erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem verehrten Chef, Herrn Dr. Unna, für die Anregung zu vorstehender Arbeit, für die gütige Unterstützung bei ihrer Anfertigung und für die freundliche Überlassung des Materials verbindlichst zu danken.

Literatur.

Chambard, Du Xanthélasma et de la Diathèse xanthélasmique. *Annales de dermatologie et syphiligraphie.* 1879/80.

Brachet et Monard, Observation d'un cas de Xanthome en tumeurs. Examen histologique par M. Balzer. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.* 1881.

Hertzka, Ein Fall von Xanthoma bei Cirrhose der Leber. *Berl. klin. Wochenschr.* 1881. No. 39.

Poensgen, Mitteilung eines seltenen Falles von Xanthelasma multiplex. *Virch. Archiv.* 1883. Bd. 91.

Schwimmer, Bindegewebsneubildungen. Das Xanthom. v. Ziemssen, Spez. Pathologie und Therapie. Bd. XIV, Handbuch der Hautkrankheiten. II. 1884.

Touton, Über das Xanthom, insbesondere dessen Histiologie und Histiogenese. *Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis.* 1885.

Köbner, Xanthoma multiplex, entwickelt aus Naevus vasculoso-pigmentosus. Nebst Anhang: Xanthoma multiplex planum, tuberosum et mollusciforme. *Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis.* 1888. Heft 3.

Knauss, Über Xanthoma multiplex. Inauguraldissertation. Würzburg 1888.

Besnier, Xanthoma diabeticorum. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.* 1889.

Lehzen und Knauss, Über Xanthoma multiplex planum, tuberosum mollusciforme. *Virch. Archiv.* 1889.

Gallemaerts et Baget, Contribution à l'étude histologique du Xanthome. *Mem. de la Soc. belg. de microsi.* 1889.

Ehrmann, Über multiple symmetrische Xanthelasmen und Lipome. Inauguraldissertation. Tübingen 1889.

Kaposi traduit par Besnier et Doyon, Pathologie et traitement des maladies de la peau. 1891.

Robinson, Xanthoma diabeticorum und seine Verwandtschaft mit gewöhnlichem Xanthom. *Monatshefte für prakt. Dermatologie.* 1891. Bd. 12.

Anderson. Xanthoma multiplex beim Kinde. *Brit. med. Journ.* 1892.

Crocker, Xanthoma diabeticorum. *The british journ. of dermatology.* 1892.

Török, De la nature des Xanthomes. *Annales de derm. et de syph.* 1893.

Unna, Hautkrankheiten. Ergänzungsband II von Orths Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. 1894.

Geyer, Beitrag zur Histologie und Lehre vom Xanthoma tuberosum multiplex. *Archiv für Derm. und Syph.* 1897. Bd. 40.

Töpfer, Ein Fall von Xanthoma tuberosum diabeticum. *Archiv für Derm. und Syph.* 1897. Bd. 40.

Walker, Xanthoma diabeticorum. *The british journ. of dermatology.* 1897.

Unna, Über Xanthoma diabeticorum. Biologischer Verein in Hamburg. 1898.

Krzysztalowicz, Zur Histologie des Xanthoma glycosuricum. *Monatshefte für prakt. Dermatologie.* 1899. Bd. 29.

Thibierge, Xanthoma juvenile familiare. *Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten.* 1899. Heft XIV.

Toldt, Beitrag zur Histologie und Physiologie des Fettgewebes. *Wien. akadem. Sitzungsberichte.* LXIII.

Bemerkung zur Lehre von den Syphilisbacillen.

Von

Dr. Johannes Paulsen-Hamburg.

Zu dem Artikel „Weitere Beiträge zur Lehre von den Syphilisbacillen" von Dr. Max Joseph und Dr. Piorkowsky in No. 50, 51 und 52 der *Dtsch. med. Wochenschr.* 1902 erlaube ich mir zu bemerken, daſs ich in der biologischen Abteilung des Ärztlichen Vereins Hamburg am 14. Januar 1902 diphtherieähnliche, aus dem Blute Syphilitischer auf Schweineserum gezüchtete, nicht säurefeste Bacillen demonstriert habe (vergleiche *Münch. med. Wochenschr.* 1902, No. 9).

In der Berliner medizinischen Gesellschaft demonstrierte Dr. Joseph am 5. März 1902, also etwa 7 Wochen später als ich, ebenfalls diphtherieähnliche, nicht säurefeste Bacillen, die aus dem Sperma Syphilitischer auf Placenten gezüchtet waren (vergleiche *Berl. klin. Wochenschr.* 1902, No. 13 u. 14), ferner demonstrierte Dr. Joseph in Karlsbad auf der 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte denselben Bacillus (vergleiche *Dtsch. med. Wochenschr.* 1902, No. 50, 51 u. 52). Da weder in der einen noch in der anderen Arbeit von Dr. Joseph und Dr. Piorkowsky meine Demonstration auch nur mit einer Silbe erwähnt ist, muſs ich annehmen, daſs die Herren die Vereinsbeilage der *Münch. med. Wochenschr.* nicht gelesen haben, obwohl ich Dr. Joseph expreſs einen Separatabdruck meines Votrages gleich nach dem Erscheinen desselben zugesandt habe.

Hamburg, den 9. Januar 1903.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. Januar 1903.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Schild demonstriert ein Mädchen, welches an der Oberlippe rechts eine fingerbreite **Sclerodermieplaque** trägt. Diese erstreckt sich auf das Lippenrot und geht über die **Lippenschleimhaut** hinüber auf das **Zahnfleisch** über. Eine zweite Plaque sitzt links an der Nase. Die Härte und die blaurote Randzone sind deutlich erkennbar.

Diskussion: Rosenthal erwähnt den Zusammenhang dieser fleckweisen Sklerodermie (Morphoea) mit der Hemiatrophia facialis progressiva.

Lesser vergleicht den Fall mit den Fällen von strichförmiger Sklerodermie (en coup de sabre). Er empfiehlt Versuche mit Thiosinamin.

Schild erwidert, daſs die Sklerodermiebehandlung mit Thiosinamin in der Lassarschen Klinik nicht erfolgreich gewesen sei.

2. Plonski demonstriert einen 8jährigen Knaben mit aufserordentlich ausgebreitetem **systematisierten Naevus.** Besonders die rechte Seite ist befallen. Die affizierten Stellen neigen sehr zur Ulceration. Nach der Vernarbung einzelner Partien rezidiviert der Naevus auf der Narbe.

Diskussion: Lesser führt die Ulceration auf Rhagaden in den verrucösen Partien zurück.

Mankiewicz findet, dafs die Ulcerationen sich an die Orte halten, welche äufseren Schädlichkeiten ausgesetzt sind (Wade, Gürtelgegend, Kragengegend).

Plonski erwidert auf die Anfrage von Rosenthal, ob in der Lassarschen Klinik weitere günstige Erfolge der Naevusbehandlung mit Arsen gesehen worden sind, dafs der Heilerfolg nach dem ersten günstigen Fall sich leider nicht wiederholt hat.

Cohn hat bei einem Naevus am Nacken in 3—4 Wochen Abheilung durch interne Arsengaben gesehen.

3. Wechselmann demonstriert einen Mann mit **Chlorakne,** dessen Erkrankung auf die Beschäftigung mit **unterchlorigsaurem Natrium** (entstanden durch Auflösung von Chlorcalcium und Soda) zurückzuführen ist.

Diskussion: Lesser hebt die Wichtigkeit der Demonstration derartiger artefizieller Dermatosen hervor.

4. Segall demonstriert einen Mann mit **Urethralfistel,** die früher infolge eines phagedaenischen Ulcus an der Oberseite der Urethra, dicht hinter der Glans, entstanden ist. Vor vier Wochen infizierte sich Patient mit **Blennorrhoe,** und **zwar durch die Fistel,** während der vorderste Teil der Urethra von Blennorrhoe frei blieb.

Diskussion: Lippmann erwähnt die von ihm beobachtete blennorrhoische Infektion paraurethraler Gänge ohne Infektion der Urethra.

5. Bäumer demonstriert einen Mann, dessen in der Raphe Penis bis fast zum Scrotum verfolgbarer **paraurethraler Gang sich mit Gonokokken infiziert** hat, während die **Urethra von Blennorrhoe frei** blieb.

Diskussion: Rosenthal macht auf die nach Beseitigung der Urethralblennorrhoe zurückbleibenden, Gonokokken führenden paraurethralen Gänge aufmerksam, die, namentlich auch bei Frauen, häufig die Ursache von Rezidiven und Infektionen abgeben.

6. Pinkus demonstriert ein junges Mädchen, an dessen Nacken sich um einen abheilenden **Lichen chronicus circumscriptus.** genau in dem vorher vom Lichen eingenommenen Gebiet, eine **Vitiligozone** ausgebildet hat, ähnlich dem Fall Neissers (4. Kongrefs der Deutschen dermatol. Gesellschaft, 1894, S. 435, Tafel 14 u. 15).

Diskussion: Lesser fafst den Pigmentschwund ebenfalls als Begleiterscheinung der regressiven Metamorphose im Gebiet des Lichen auf.

7. Heller hält einen Vortrag über **Gummata der Brustdrüse** mit Bericht eines Falles dieser seltenen Affektion (retromammäres Gumma, Heilung nach Inzision). Wichtig ist die Differentialdiagnose gegen Carcinoma mammae; auf die Verwechselung der beiden Leiden sind wohl die Kurpfuschererfolge beim sogenannten Brustkrebs zurückzuführen.

Diskussion: Rosenthal erwähnt einen einschlägigen Fall seiner Beobachtung, in welchem die differentialdiagnostische Schwierigkeit dadurch gesteigert war, dafs die Achseldrüsen vergröfsert waren. Heilung erfolgte durch antisyphilitische Behandlung.

Lesser macht darauf aufmerksam, dafs die syphilitische Erkrankung paariger innerer Organe sehr häufig symmetrisch, auf beiden Seiten (Parotitis), auftritt: so auch hier in Hellers Statistik 4mal beiderseitige Mastitis.

Richter hat eine Mastitis gummosa bei einem 22jährigen Mann gesehen. Heilung durch Quecksilber- und Jodbehandlung nebst lokaler Jodvasogenapplikation. Er macht auf die Literaturstudie von Proksch über diese Affektion aufmerksam.

8. Cohn demonstriert einen **Blasenstein**, der sich um eine vor mehreren Jahren gelegte **Seidenligatur** der Blase gebildet hatte. Entfernung durch vaginale Eröffnung der Blase, Heilung ohne Vernähung der Wunde.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 29. November (11. Dezember) 1902.

Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.

1. Sundelowitsch als Gast führte einen 36jährigen Mann vor mit einem **tuberkulösen Ulcus** der Zungenspitze, an deren basaler Seite gelegen. Hinsichtlich der Frage, ob es ein primäres oder sekundäres Ulcus sei, sprach sich Verfasser für ein sekundäres aus, da Patient Zeichen von Lungenspitzentuberkulose aufweise.

Diskussion: Kübel macht auf die Ähnlichkeit dieses Falles mit dem seinerzeit von ihm in der Gesellschaft vorgestellten Fall aufmerksam und meint, daſs das Fehlen der Knötchen uns nicht von der Diagnose Tuberkulose abhalten kann, da die Tuberkelknötchen meist nur in den Lehrbüchern, aber nicht klinisch vorkommen. Pospelow ist mit letzterer Ansicht einverstanden, hat aber unlängst einen Fall von tuberkulösem Ulcus der Unterlippe gesehen, wo sich typische Tuberkelknötchen fanden.

2. Reschetillo als Gast sprach über die **Prophylaxe der Lepra**. Nach einer statistischen Übersicht über die Verbreitung der Lepra auf der Erde, wobei sich Verfasser dahin aussprach, daſs augenblicklich in Europa die meisten Leprösen in Ruſsland zu finden sind, ging er auf sein eigentliches Thema über. Für die Prophylaxe der Lepra sind, wie er sagte, drei Umstände von maſsgebender Bedeutung, das sind die Gesetzgebung, die Isolierung und die Tätigkeit der Gesellschaft selbst. Hinsichtlich der Gesetzgebung über die Leprösen stand es bis vor kurzem schlecht in Ruſsland, am 24. März d. J. hat aber das Medizinaldepartement bestimmt, daſs auch für die Lepra diejenigen Gesetzparagraphen Geltung haben, die für die übrigen ansteckenden Krankheiten gelten. Hinsichtlich der Isolierung ging Redner zuerst darauf ein, ob dieselbe eine Zwangsisolierung sein solle oder nicht. Wenngleich sich Redner gegen erstere aussprach, glaubt er dennoch, daſs die Isolierung obligatorisch sein müsse. Natürlich wird der Einzelne auf diese Weise dem allgemeinen Wohle Opfer bringen müssen, aber es muſs ihm zum Bewuſstsein gebracht werden, daſs es seine Pflicht sei, und andererseits müsse es der Familie erleichtert werden. Was die Art der Isolierung anbetrifft, so sind die Leprosorien selbstredend das Idealste, aber dennoch könne man sich nicht gegen eine Isolierung in der Familie aussprechen, wenn sie genügend streng eingehalten werde. Des weiteren ging Redner auf die Einrichtung der Isolierräume, sei es im Leprosorium, sei es in der Familie, näher ein. Sollte bei Erkrankung der einen Ehehälfte die andere gesunde freiwillig mitgehen wollen, müſste das gestattet werden. Die gesunden Kinder dürften aber nicht folgen. Redner verlangt, daſs die tuberöse Lepra ebenso wie die Nervenlepra behandelt werden müsse in Bezug auf die Isolierung, proponiert aber andererseits, die Kranken bei eingetretener Vernarbung der Geschwüre und Fehlen der Leprabacillen im Sekret der Nase und Speichel zeitweilig in ihre Familien zu entlassen.

Auf den dritten Punkt, die Selbsttätigkeit der Gesellschaft, ist nicht weiter einzugehen.

Auf Vorschlag des Präsidenten Pospelow beschloſs die Gesellschaft die Besprechung über dieses Projekt auf eine andere Sitzung zu verlegen.

3. Orlow zeigte **Leprabacillen im Blut.**

4. Bogrow als Gast sprach über die **Vorzüge und Nachteile des Apparates von Lortet und Genoud.** Bei einjähriger Anwendung dieses Apparates hat sich Redner von vielen guten Eigenschaften desselben gegenüber dem Finsenschen Apparat überzeugen können, so kürzer dauernde Sitzungen, Anwendung schwächerer Ströme, größere Billigkeit und größere Beweglichkeit des Apparates. Dem gegenüber stehen aber wieder Unbeständigkeit der Energie, ungenügende Auswahl der Kompressoren, Schwierigkeit der Belichtung der Schleimhäute etc.

Sitzung vom 13./26. Dezember.

1. Ustinow stellte eine Frau mit excessiver **Atrophie der einen unteren Extremität** und kompensatorischer elephantiastischer Hypertrophie der anderen unteren Extremität auf syphilitischer Basis vor.

2. Diskussion über den Vortrag von Reschetillo zur Prophylaxe der Lepra.

Pospelow sieht die Gründe für die starke Zunahme der Lepra in Rußland einerseits in dem Umstande, daß die Leprösen frei umherlaufen und andererseits auch darin, daß die Ärzte die Krankheit jetzt besser zu diagnostizieren verstehen. Mit der Eröffnung der großen sibirischen Eisenbahn sind die Gefahren einer weiteren Zunahme durch Einschleppung der Lepra aus der Mandschurei, China und Japan, wo sie überall stark vertreten ist, gestiegen. Es ist daher dringend geboten, daß Bestimmungen getroffen werden, wie man sich den Leprösen gegenüber verhalten soll. Das hat auch die Medizinalverwaltung erkannt und ist mit der Bitte, solche vorzuschlagen, an die Moskauer venerologische Gesellschaft herangetreten. Mit der Ausarbeitung solcher Vorschläge ist die Gesellschaft eben beschäftigt. Leider hat sich das Projekt der Moskauer Landschaft, welches er befürwortete und wozu er die Pläne geliefert hatte, nämlich die Gründung eines Leprosoriums im Moskauer Gouvernement, das Heil- und Lehrzwecken dienen sollte, des Kostenpunktes wegen zerschlagen. Er glaube aber, daß die Gesellschaft, im Interesse der Sache, zuständigen Ortes petitionieren müsse um Errichtung eines solchen Leprosoriums.

Kübel sieht einen Widerspruch darin, daß die Isolierung keine zwangsweise sein solle, aber andererseits die Umgebung den Kranken zwingen solle, in das Leprosorium einzutreten, was mit anderen Worten einer Boykottierung gleich käme. Reschetillo erwidert, es solle durch keine Boykottierung, sondern durch Belehrung geschehen. Das ist in Norwegen der Fall und hat zu den glänzendsten Resultaten hinsichtlich der Abnahme der Lepra geführt, obgleich manche Kranke jahrelang in der Familie lebten, ehe sie in das Leprosorium eintraten. Man soll bei der Isolierung nicht mit Zwang, sondern mit Beharrlichkeit vorgehen. Kübel hält es fraglich, ob dieses Prinzip in Rußland zum Ziele führen wird.

Speranski hält die Notwendigkeit der Isolierung für eine allgemein anerkannte, ist gleichfalls aber der Ansicht, daß sie keine zwangsweise sein dürfe. Die Leprösen sind schon an und für sich so schwer geprüft durch das Schicksal, daß wir ihnen gegenüber nicht inhuman sein dürfen. Die Leprosorien müssen den Kranken die Trennung von der Heimat und der Familie nicht zu schwer machen; deswegen ist es wünschenswert, daß viele kleine Leprosorien gegründet würden, damit die Kranken nicht zu weit von den Ihrigen sich zu entfernen brauchten. Sie müssen wenigstens die Illusion haben, daß die Ihrigen sie erreichen können. Im übrigen schließt sich Speranski der Pospelowschen Proposition an, daß um die Gründung eines Leprosoriums im Moskauer Gouvernement nachgesucht werden müsse.

Italienische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Jährliche Versammlung, abgehalten in Rom vom 18.—21. Dezember 1902.

Präsident: Prof. Majocchi.

(*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* 1902. Heft V.)

Über einen Fall von außerordentlich stark entwickeltem Rhinophyma mit Vitiligo, von de Amicis. Operation, Heilung. Referat erscheint an anderer Stelle. An der Diskussion beteiligen sich: Breda, welcher mehrere Fälle von Rhinophyma beobachtet hat, bei denen ein Stadium von Acne rosacea nicht vorangegangen war. Campana schreibt dem Nervensystem eine wichtige Rolle bei der Pathogenese des Rhinophyma zu. In Bezug auf die Behandlung empfiehlt er den Thermokauter.

Chronische Urethritis der Pars membranosa und septische, hyperplastische Polyadenitis, von Campana. — Seine Untersuchungen, die sich über mehr als 200 Fälle erstrecken, haben C. die Gewißheit verschafft, daß es sich um einen entzündlichen Prozeß septischer oder blennorrhoischer Natur gehandelt hat, niemals aber um Tuberkulose. Bei der Urethritis anterior kommt es nicht zur Ausbildung einer Adenitis, weil dieser Teil der Harnröhre mit kavernösen Räumen ausgestattet ist, die in der Pars membranacea fehlen, welche letztere dadurch in direkter Verbindung mit den Lymphbahnen steht. Als prädisponierende Ursachen der sekundären Adenitis bei Urethritis posterior können Anämie und Syphilis angeführt werden.

Majocchi benutzt die Gelegenheit, um ein neues, von Levi-Genua erfundenes Endoskop zu empfehlen, welches letzterer Mikroendoskop genannt hat und welches zur Untersuchung der Urethra posterior dient.

Über atypische syphilitische Gummata, von Pini. — Es handelte sich um eine 53jährige Frau, bei der sich eine große Anzahl über den ganzen Körper, besonders aber über die Gliedmaßen zerstreuter Tumoren entwickelt hatten. Von diesen Tumoren lagen einige in der Haut, andere gingen von den Muskeln, noch andere von den Knochen aus. Von den ersteren waren einzelne ulceriert. Außerdem bestand eine Anschwellung des Kniegelenkes. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um Tumoren mit granulomatöser Struktur handelte und nicht um Neubildungen. Inokulationsversuche an Meerschweinchen blieben resultatlos. Der spezifischen Therapie gegenüber erwiesen sich die Tumoren sehr widerstandsfähig, weshalb sie P. als parsyphilitische Produkte betrachtet.

Beitrag zum Studium der Lepra systematica, der Syringomyelie und der Morvanschen Krankheit, von Calderone. Verfasser will den Beweis für die Zusammengehörigkeit der Pareso-Analgesie mit Panaritium und der Lepra erbracht haben. Was die Syringomyelie anbelangt, so zeige dieselbe zwar gewisse übereinstimmende Charaktere mit der Lepra, müsse aber dennoch von derselben abgetrennt werden und als selbständige Affektion betrachtet werden.

In einer folgenden Sitzung wird eine Tagesordnung von de Amicis angenommen, dahin lautend, daß die „italienische dermosyphilopathische Gesellschaft" den Wunsch ausdrückt, es möchten bei der Übergabe der dermosyphylopathischen Polikliniken an die Ortsbehörden die Stellen der Direktoren und Assistenten Spezialisten anvertraut werden, welche am besten auf dem Wege der Ausschreibung zu ernennen wären.

Zur chirurgischen Behandlung des Pruritus vulvaris und perineo-analis, von Majocchi. Diese Behandlung besteht in der einfachen und in multiplen Incisionen von Hautstücken in den affizierten Partien (die Glans clitoridis oder die ganze Klitoris, die Perinealhaut, die Karunkulae myrtiformes, etc.).

Ein Fall von intensiver, marginierter symmetrischer Pigmentation in der Genito-Crural-, Perineal- und Analgegend, von Breda. B. teilt die Kranken-

geschichte einer anämischen, früher luetischen Patientin mit Symptomen von Pellagra mit. Die Patientin heilte unter einer Chinin-Arsenikbehandlung vollständig.

Über die Behandlung des Pemphigus vulgaris, von Breda. B. heilte zwei derartige Fälle mittels Anwendung strengster antiseptischer Maßnahmen: Sublimatkompressen, Aufstreuen antiseptischer Pulver, Occlusivverbände etc.

Isolierter Lichen der Balano-Präputialgegend, von Breda. Vorzeigen von Abbildungen.

Beitrag zum Studium der Sarcoma multiplex idiopathicum hämorrhagicum cutis, von Radaeli. Vortragender teilt das Resultat seiner Untersuchungen mit, die sich auf den mikroskopischen Befund bei beginnenden, in voller Entwicklung begriffenen und im Stadium der Resolution sich befindenden Formen beziehen.

Inokulationsversuche bei Sarcoma idiopathicum cutaneum (Typus Kaposi), mit besonderer Rücksicht auf die Genese der Tumoren, von Reale. — Derartige Versuche sind stets negativ ausgefallen. Die Blastomycetentheorie hält er keineswegs für erwiesen, wenigstens was das primäre Hautsarkom anbelangt, da sämtliche Kulturversuche bisher kein positives Resultat ergeben haben. Dem entgegen stellt er eine neue Theorie auf, die er die biochemische nennt und welche seiner Ansicht nach in den meisten Fällen eine Erklärung für die Genese der Tumoren zu liefern vermag. Wenn man nämlich die Rolle der Parasiten nicht vollständig außer Betracht lassen kann, so kann andererseits nicht geleugnet werden, daß die Parasiten ihre Wirksamkeit eben auf chemischem Wege entfalten.

Majocchi unterstützt diese Anschauungsweise des Redners.

Kultur des Ducrey'schen Bacillus, von Respighi. — Der Bacillus kann künstlich auf Blutserum vom Menschen und vom Kaninchen, ferner auf Blutagar kultiviert werden. Derartige Kulturen erhält man sowohl direkt vom Ulcus als auch, wenn auch weniger konstant, vom Eiter der Bubonen. Die Kolonien bleiben klein und erreichen höchstens die Dimensionen eines Stecknadelkopfes, sind zuerst weißlich durchscheinend und werden dann graulich und opak. Die Bacillen sind meist einzeln oder zu zweien, selten zu Ketten oder dann nur zu ganz kurzen vereinigt.

Radaeli teilt seine eigenen Kulturergebnisse über den gleichen Gegenstand mit. Derselbe vermochte nur aus primären venerischen Geschwüren, nicht aber aus experimentellen einen Bacillus zu züchten, den er mit dem von Besançon, Griffon, Le Sourd gefundenen identifiziert.

Beitrag zur Pathogenese und Therapie des blennorrhoischen Prozesses, von Oro. (Referat erscheint an anderer Stelle.)

Phimosis congenita. Epitheliale Infiltration der Glans; beträchtliche reflektorische Hyperästhesien, von Oro. (Referat erscheint an anderer Stelle.)

Über einen ungewöhnlichen Fall von Nävus pigmentarius mollusciformis, von Oro. Die große molluscumartige Pigmentmasse nahm den vorderen und hinteren Teil der rechten Schulter und des Oberarms ein. Die Anlagen dieser Affektion waren angeboren, dieselbe nahm aber im Verlaufe der Zeit gewaltige Dimensionen an, es entstanden neue, z. T. pigmentierte, z. T. nicht pigmentierte Wucherungen und gleichzeitig bildete sich eine Krümmung der Wirbelsäule aus, ohne daß deren Ursache eruiert werden konnte. Mikroskopisch wurde die fibromatöse Natur der Neubildung bestätigt und zahlreiche vasoformative Knötchen von Baraban konstatiert, welche die Erklärung für das rapide Wachstum der Tumoren lieferten. In Bezug auf die Pathogenese des Falles glaubt er, daß die nervöse Theorie der Metameren am besten die Erklärung für die Entwicklung dieser Neubildungen geben kann.

Die elastischen Fasern bei einigen Hautkrankheiten, von Montesano. — In einem Falle von Hemiatrophia facialis zeigten sich die Fasern auf der atrophischen

Seite dadurch affiziert, dafs sie sich viel weniger intensiv färbten und andererseits Anomalien in Bezug auf Morphologie und Verteilung zeigten. M. hat ferner das Verhalten der elastischen Fasern bei jugendlichen Individuen mit ausgesprochenen Hautfurchen untersucht und gefunden, dafs die Fasern in den Furchen quantitativ und in Bezug auf ihre Verteilung verändert erscheinen. Bei einzelnen dieser jugendlichen Individuen mit tiefen Hautfurchen im Gesichte hat er auch jene von Neumann beim Lichen planus beschriebenen, sogenannten sternförmigen Haarfollikel konstatiert, neben kleinzelliger Infiltration in der Umgebung der Gefäfse, was dafür sprechen würde, dafs die Hautstruktur der Stirn bei diesen Individuen keine normale ist.

Lupus erythematodes, von Lanzi. Bei Gelegenheit der Beobachtung eines aufserordentlich weit ausgebreiteten Falles von Lupus erythematodes bespricht L. die Pathogenese der Affektion und meint, dafs es sich dabei um eine zwar idiopathische, aber durch ein Überbleibsel einer tuberkulösen oder syphilitischen Infektion veranlafste Krankheit handelt, die sich in einer neurotrophisch anormalen Haut lokalisiert, welche durch äufsere Reize beeinflufst wird.

Die intramuskulären Injektionen von starkem Levico-Wasser bei einigen Dermatosen, von Scarenzio. Dieselben haben ihm hauptsächlich bei hartnäckigen Formen von Ekzem ausgezeichnete Dienste geleistet. Es werden täglich 2 ccm in die Gegend der oberen Insertion der Glutaei injiziert. Nach 6—8 Einspritzungen zeigt sich gewöhnlich Besserung.

Weitere Untersuchungen über den Boubas, von Majocchi und Bosellini. Die Redner kommen noch einmal auf ihren bei Boubas gefundenen Bacillus zu sprechen, den sie mit dem von Breda entdeckten nicht identifizieren wollen und den sie Bacillus Boubas nennen. Es wurden einem 20jährigen Manne Reinkulturen von diesem Bacillus in die Cutis des Armes inokuliert und dabei Wucherungen erzeugt, welche sowohl klinisch als histologisch mit den Granulomen des Boubas übereinstimmten.

Über einen Fall autochthoner Lepra in Neapel; Ansteckung eines Jünglings, von de Amicis. Es handelt sich um einen 52jährigen Mann mit tuberkulöser und anästhetischer Lepra, an der er seit mehreren Jahren leidet, während in seiner Familie keine anderen Fälle bekannt sind. Dagegen zeigt seit einiger Zeit ein Knabe, welcher mehrere Monate mit dem Patienten gelebt hat, Läsionen von makulöser und anästhetischer Lepra mit beginnenden kleinen Knötchen, in denen der Hansensche Bacillus nachgewiesen wurde.

Über einen neuen Fall von Xeroderma pigmentosum familiare, von de Amicis. Derselbe betrifft einen zweijährigen Knaben, in dessen Familie bereits zwei andere Fälle vorgekommen sind, die nachträglich an Carcinomatose gestorben waren.

Die Erfolge der Tuberkulinbehandlung in Fällen von gemischter Infektion der Haut, von Campana und Mecucci. Nach den Experimenten des Redners variieren die pyrogenen Wirkungen des Tuberkulins, was ihre Intensität anbelangt, je nachdem man es mit aseptischem Tuberkulin oder mit septischen Komplikationen zu tun hat. So fehlte jede Reaktion bei einfachen spezifischen Hauterscheinungen. Dagegen wurden febrile Erscheinungen unter anderen in einem Falle von einfachem Ekzem der Vulva mit impetiginösem Ekzem der Ohren, Uteruskatarrh, neuropathischer Urticaria, Furunkel konstatiert. Diese Wirkungsweise des Tuberkulins steht in vollem Einklange mit unseren Kenntnissen über die pyrogene Wirkung der Sepsis: den Einflufs dieser letzteren auf das Nervensystem.

Über den Stoffwechsel bei einigen Dermopathien, von Campana und Condelli. Es wurde ein verschiedenes Verhalten der Phosphat- und Harnstoffausscheidung bei den verschiedensten Hautkrankheiten konstatiert.

CIARROCHI macht **weitere Mitteilungen über die Aplasia pilorum moniliformis**, stellt einen Patienten vor und zeigt eine Reihe von Photographien und histologischen Präparaten.

Syphilitische Osteitis der Wirbelkörper mit Nekrose (Pachymeningitis externa), von MOSCA. Der Sektionsbefund lautete: Osteitis der Wirbelkörper mit Nekrose; Pachymeningitis purulenta; interstitielle Hepatitis; Splenitis mit Perisplenitis; linksseitige gummöse Orchitis. Die Läsionen in den Meningen zeigten eine große Ähnlichkeit mit denjenigen bei der chronischen circumskripten Pachymeningitis. Auffallend erschien aber dabei der Umstand, daſs die Läsionen sich nur über einen sehr beschränkten Bezirk (4—5 cm) ausdehnten und daſs selbst an den frischesten Stellen Herde mit Riesenzellen fehlten. Auſserdem wurden in der Nähe der Blutgefäſse zweierlei Arten von Bakterien nachgewiesen: Streptokokkenketten (ziemlich spärlich) und zahlreiche kurze Bacillen mit abgerundeten Enden, die teils isoliert, teils zu Massen vereinigt waren. Diese Veränderungen an der Wirbelsäule müssen in direkte Beziehung gebracht werden mit den Läsionen im Pharynx, welche bei dem Patienten intra vitam konstatiert worden waren.

Über Plasmazellen; Morphologie und Ursprung, von BOSELLINI. Bereits in *dieser Zeitschrift* referiert.

Das Hautglykogen bei den Dermatosen, von BOSELLINI. Während in der normalen Haut des Erwachsenen kein Glykogen vorkommt, hat B. solches bei Lupus vulgaris in einem Falle von Ekzema intertrigo, in zwei Fällen von Syphilomen und in je einem von Pityriasis rubra, Herpes iris, Erythema exsudativum polymorphum, Lichen ruber konstatiert. In allen diesen Fällen lag das Glykogen konstant in den Glomeruli der Knäueldrüsen, während die Epidermis solches nur in dem Falle von Ekzema rubrum und von Pityriasis rubra vorhanden war. Die Lokalisation des Glykogens in den Schweiſsdrüsenknäuel hängt somit offenbar mit der vermehrten sekretiven Funktion der Zellen zusammen.

Inokulationen von syphilitischen Produkten auf Kaninchen und Schweine, von STANZIALE. Siehe weiter unten.

Der letzte Tag wird zur Demonstration mikroskopischer Präparate benutzt.

CIARROCCHI zeigt seinen neuen aseptischen Irrigationshahnen und seine spezielle Anwendung in der venereologischen Therapie. Dieser Apparat besteht aus einer gekrümmten Metallröhre, durch welche ein Kautschukschlauch gezogen wird; der Verschluſs geschieht durch einen mit einer Metallfeder versehenen Stift, welcher gegen den Schlauch drückt. Ein Zug an dem Stifte öffnet den Strom.

Inokulation syphilitischer Produkte auf Kaninchen und Schweine, von R. STANZIALE. Die Inokulation von syphilitischen Papeln in das Unterhautzellgewebe des Schweines hatte keine unmittelbare Reaktion zur Folge; nach einem gewissen Zeitraume hingegen, ca. 20 Tagen, die man gewissermaſsen als Inkubation betrachten kann, begann die Entwicklung eines Knötchens, das mikroskopisch die Struktur eines Granuloms zeigte, mit einer groſsen Anzahl von Riesenzellen und beginnenden Nekrosen. Bei den Kaninchen fand man auſserdem Lymphdrüsenschwellungen und nach einer gewissen Zeit Veränderungen in der Leber und den Nieren in Gestalt von ähnlichen Knötchenbildungen, wie in der Haut und endlich ein marastischer Zustand. Diese Veränderungen beim Kaninchen betrachtet Verfasser als eine spezifisch toxische Wirkung. Die bakteriologischen Untersuchungen ergaben ein vollständig negatives Resultat.

Summarischer Bericht über die II. internationale Konferenz zur Prophylaxis der Syphilis und der venerischen Krankheiten. Brüssel, 1.—6. Sept. 1902. Referat bereits in *dieser Zeitschrift* erschienen. *C. Müller-Genf.*

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

VI. Jahrg. No. 2.

Die Cirkumcision in der Prophylaxe der Syphilis, von H. Breitenstein. Bei vorhandenem Präputium begünstigt das sich zersetzende Sekret, die dadurch entstehende Balanitis, die Zartheit des die Glans bedeckenden Epithels die Syphilisinfektion. Als Arzt der indischen Armee hat Verfasser durch 21 Jahre beobachten können, wie die Cirkumcidierten viel seltener an Lues erkranken. Wichtig ist die Statistik der holländisch-indischen Armee, die europäische und malaiische Soldaten enthält. Dieselbe ergibt, dafs die Zahl der Syphilisfälle unter den beschnittenen Eingeborenen relativ und absolut viel kleiner ist als bei Europäern (0,8 : 4,1 %. Die Differenz ist eine ungeheuer grofse. Die Gelegenheit, Syphilis zu erwerben, ist bei beiden Nationen gleich grofs; die Frauen sind desselben Ursprungs, mögen die Soldaten mit ihnen ehelich verbunden sein oder nicht. Die Disposition zur Lues ist jedenfalls bei den Eingeborenen keine geringere. Es bleibt als einziger die Tatsachen erklärender Faktor die Beschneidung.

Ein Beitrag zur individuellen Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von Neisser. Die internationale Konferenz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten könnte einen greifbaren Erfolg erzielen, wenn sie gedruckte Aufklärungen für mit Geschlechtskrankheiten behaftete Personen herstellen und durch die Ärzte verteilen liefse. Dieselben müfsten folgende Punkte enthalten:

1. Jede geschlechtlich erkrankte Person hat die Pflicht, sich sofort zu einem Arzt oder Spezialarzt zu begeben, da nur auf diese Weise manche Erkrankung schnell zur Heilung gebracht werden kann.

2. Geschlechtskrankheiten sind oft von langer Dauer. Der Tripper ist häufig, selbst wenn der Patient keinerlei Erscheinungen mehr wahrnimmt, noch ungeheilt und ansteckend. Die Syphilis verlangt auch nach der Beendigung der ersten Kur eine von Zeit zu Zeit zu wiederholende und auf mindestens 2—3 Jahre sich erstreckende Nachuntersuchung und eventuelle Weiterbehandlung des Erkrankten.

3. Die Ausübung des Beischlafes oder das Eingehen einer Ehe darf nur nach vorheriger Erlaubnis des Arztes vorgenommen werden, da sonst die Krankheit leicht weiter verbreitet werden kann.

4. So ernster Natur auch die geschlechtlichen Erkrankungen sind, so sind sie doch bei der nötigen Sorgfalt und Ausdauer des Patienten in den meisten Fällen heilbar.

5. Vor Quacksalbern, Kurpfuschern und den Vertretern der arzneilosen Behandlungsweise (Naturheilkundigen) mufs eindringlich gewarnt werden. Geschlechtliche Erkrankungen können nur von einem staatlich-approbierten Arzt richtig erkannt und behandelt werden. (Das Prinzip ist richtig, die Fassung machen Einwänden zugänglich. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lepra.

Band III, Heft 2.

VII. **Einige Bemerkungen über die Lepra in Japan,** von J. Tashiro-Tokio. Die in Japan seit alters her bekannte Lepra ist gegenwärtig im ganzen Kaiserreiche verbreitet; kein Landesteil ist völlig frei. Das westliche Japan ist am stärksten er-

griffen, das nördliche am wenigsten. Die Gesamtzahl der Leprösen schätzt Verfasser auf 40000. Seiner Ansicht nach gewinnt das Leiden ständig an Ausdehnung. Der Erblichkeit legt Verfasser grofse Bedeutung bei, ohne die Verbreitung durch Infektion zu leugnen; unter vielen Hundert von ihm untersuchten Aussätzigen konnte er nur in einem einzigen Falle mit vollster Sicherheit die Möglichkeit der Vererbung ausschliefsen. Unter 112 Patienten hatte er 91 Männer, 21 Frauen; die überwiegende Mehrzahl stand im kräftigsten Lebensalter. Verfasser unterscheidet klinisch eine Hautlepra und eine Nervenlepra; zur ersteren zählt er die Lepra tuberosa und die Lepra maculosa. Von seinen 112 Leprösen hatten 49 Nervenlepra; unter den 53 Kranken mit Hautlepra fand er 28 mal die Fleckenform, 10 mal die Knotenform und 15 mal die gemischte Form vertreten. Die Anfangssymptome zeigten sich zumeist an den Extremitäten und im Gesichte, seltener in der Glutaealgegend und an den Schultern, nie am Rumpfe. Was die Patienten zum Arzte führte, waren hauptsächlich die Paraesthesien. — Bei der Lepra mutilans spielt das Trauma die gröfste Rolle; Verfasser hält es für wahrscheinlich, dafs die Lepra ohne traumatische Ursache überhaupt keinen bedeutenden Gewebsdefekt mit sich bringt. Lepröse Geschwüre, das Mal perforant, sowie die Blasenbildungen entwickeln sich nur an Stellen, die mechanischen Störungen ausgesetzt sind. — Auffällig ist der Ausbruch oder die Verschlimmerung der Erscheinungen im Anschlufs an Entbindungen. — Die Potentia virilis ist meist länger erhalten, als gemeinhin angenommen wird; dagegen kommt psychische Impotenz häufig vor. Von 8 leprösen Ehepaaren hatten 3 keine Kinder; unter den Kindern der anderen soll die Sterblichkeit auffallend grofs sein. — Bezüglich der Prognose bemerkt Verfasser, dafs im Beginn der Erkrankung stehende Personen oft auffällige Besserung zeigen, wenn sie in günstige hygienische Verhältnisse kommen. — Als wirksamstes Mittel bei der Behandlung empfiehlt Verfasser Kreosot und Gynocardiaöl aa 1,0 pro die in Pillenform mit allmählich steigernder Dosis. Auch subcutane Injektionen von Kreosot und Olivenöl aa wendet er gern an. Äufserlich bevorzugt er Bäder mit Salicylsäurezusatz. Schliefslich erwähnt Verfasser das Schwefelbad Kusatsu und die dort seit undenklichen Zeiten an Leprösen geübte Moxenbehandlung, eine sehr langwierige Kur, bei der nach und nach alle erkrankten Partien und prophylaktisch auch die gesunden verbrannt werden; doch kommt oft genug die lepröse Infiltration zwischen den Moxennarben an den verschont gebliebenen minimalen Hautstellen wieder zum Vorschein. Kusatsu ist auch von Gesunden viel besucht; die Leprösen dürfen nur in der für sie reservierten Quelle baden.

VIII. **Ein alter italienischer Lepraherd in den Seealpen**, von Boinet-Marseille und Ehlers-Kopenhagen. II. Nach den an Ort und Stelle angestellten Erhebungen der Verfasser besteht in Ligurien tatsächlich noch heute die Lepra. Das St. Moritz-Krankenhaus in San Remo beherbergte im September 1901 allein 4 Lepröse; auch in der Umgebung San Remos leben mehrere Lepröse. Die Verfasser sind den einzelnen Lepraherden, die allgemein als solche galten, und in denen einzelne Familien als leprös bezeichnet und von der übrigen Bevölkerung gemieden wurden, nachgegangen. Sie haben festgestellt, dafs nicht selten die als leprös Verschrieenen an ganz anderen Hauterkrankungen leiden, dafs andererseits eine ganze Reihe von Kranken mit maculo-anästhetischer Lepra unbehelligt leben, bei denen niemand die Lepra ahnte. Die Forschungen der Verfasser stiefsen bisweilen auf erhebliche Schwierigkeiten; die Furcht der Familien resp. der Gemeinden vor üblen Folgen, welche die Entdeckung eines Aussätzigen in ihrer Mitte haben könnte, machte die Leute überaus zurückhaltend. Trotzdem lassen es die Ermittelungen der Verfasser als sehr wahrscheinlich erscheinen, dafs die Lepra in der Gegend der Seealpen im Aussterben ist. In Nizza gibt es vielleicht 7 oder 8 Lepröse; in allen anderen Ort-

schaften, die als Lepraherde angesehen werden, wie La Turbia, Eze, Peille, Contes, Berre-les-Alps, Tourette-Levens, Vitrolles etc., handelt es sich stets nur um ganz wenige vereinzelte Fälle. Als Ursache für das Zurückgehen der Lepra betrachten die Verfasser 1. die relative Häufigkeit der Tuberkulose unter den Leprösen, 2. die akuten Infektionskrankheiten, 3. den Fortzug der mittellosen Leprösen nach den grofsen Städten, wo sie leichter ihr Fortkommen durch Betteln und auch leichter Unterkunft in Asylen finden, 4. das vollständig abgeschlossene Leben, das die bemittelten Leprösen zu führen pflegen, 5. die Seltenheit der Heirat zwischen Aussätzigen und Gesunden, 6. den nicht allzu seltenen Tod durch Selbstmord, 7. die Fortschritte der Hygiene, endlich 8. die allgemeine Wehrpflicht, welche die Lebensgewohnheiten der Leute ändert und wohl eine Anzahl von Leprakandidaten veranlafst, ihre Heimat dauernd zu verlassen. — Seit der Forschung Zambacos im Jahre 1893 ist die autochthone Lepra zweifellos mehr und mehr zurückgegangen, dagegen hat die koloniale Ausbreitung einige neue Fälle hinzukommen lassen.

IX. **Neuer Leprafall aus dem alten italienischen Herde der Seealpen**, von Michel und Benoit-Marseille. Der 24jährige Kranke entstammt einer leprösen Familie aus dem im vorigen Referate erwähnten Levens. Die ersten Erscheinungen, Parästhesien an den Händen, zeigten sich bei ihm vor etwa 2½ Jahren. Einige Monate später traten an Händen und Füfsen Blasen auf, aus denen sich schwer heilende und Narben hinterlassende Geschwüre entwickelten; der Verlauf war völlig schmerzlos. Bald darauf kam es zu Abmagerung und Verkrümmungen an den Händen. Zur Zeit der Untersuchung boten die Hände das typische Bild der Klauenhand (Tupus Aran-Duchenne); starke Atrophie der N. interossei und der Muskulatur der Fingerballen; uhrglasförmige Verbildung der atrophischen und brüchigen Nägel; symmetrische Geschwürsbildung an beiden Hohlhänden über dem Metacarpo-Phalangealgelenk der Mittelfinger. An den übrigen Körperteilen keine Muskelatrophien und keine Verkrümmungen. Die Haut der Zehen ist eigentümlich glänzend, cyanotisch, die Nägel brüchig und atrophisch; Mal perforant an der Planta pedis am Grofszehengelenk. Neben den von geheilten Geschwüren hinterlassenen Narben finden sich eine Reihe von Verbrennungsnarben. Fehlen der Schweifssekretion an Händen und Füfsen. Linksseitiger Lagophthalmus. Fehlen der Plantar- und Cremasterreflexe, Fehlen des Kniephänomens. Erhebliche Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten, besonders den Händen und Füfsen. Anschwellung des rechten Nervus ulnaris. Elektrische Erregbarkeit der N. ulnaris erloschen; die Muskeln der Hand reagieren nicht auf faradische Ströme. An den Muskeln der unteren Extremität erhebliche Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit, die Wadenmuskulatur ausgenommen. Leichte Hyperleukotyse. Untersuchung auf Hansensche Bacillen negativ. Trotzdem läfst die Summe der Erscheinungen wohl keinen Zweifel an der Diagnose Lepra zu.

X. **Zur Pathologie und Pathogenese der Lepra maculo-anaesthetica**, von Viktor Klingmüller-Breslau. Verfasser führt aus, dafs die Scheidung der Lepra in eine tuberöse und eine maculo-anästhetische Form vom klinischen Standpunkt gewifs gerechtfertigt ist, wenn auch zwischen diesen beiden Formen alle möglichen Übergänge beobachtet werden. Die Versuche, eine Ursache für die Verschiedenheit der Formen herauszufinden, haben bisher nicht zu befriedigenden Ergebnissen geführt. Daran, dafs der Leprabacillus der spezifische Erreger für beide Arten ist, läfst sich heute kaum mehr zweifeln. Weder der Unterschied in der Zahl der Bacillen, noch die Annahme einer verschiedenen Virulenz, noch auch die eines verschieden günstigen Nährbodens vermögen es zu erklären, warum bald die eine, bald die andere Form auftritt. Ebensowenig ergibt die Ausbreitung der Lepra in der Familie, unter Völkern und Rassen irgendwelche Anhaltspunkte. So gelangte man neuerdings dazu, überhaupt die

Berechtigung, die beiden Formen klinisch zu trennen, anzuzweifeln. Dagegen erhob NEISSER seine Stimme. Er betrachtet die beiden Formen als ganz verschiedene Erkrankungen der Haut. Der Unterschied besteht nicht blofs in der Verschiedenheit der Bacillenmenge, sondern auch histologich finden sich prinzipielle Gegensätze; die Lepra tuberosa ist charakterisiert als Granulationsgeschwulst mit der spezifisch veränderten Zellform, der grofsen vakuolisierten Leprazelle, bei der anästhetischen Form sind nur entzündliche Erscheinungen ohne spezifische Zellen vorhanden. Verfasser hat nun an dem Material der Breslauer Klinik untersucht, ob und inwieweit wir auf Grund histologischer Tatsachen berechtigt sind, die Unterscheidung zweier Formen aufrecht zu erhalten. Er gibt zunächst die Beschreibung eines Falles von reiner unkomplizierter Lepra maculo-anaesthetica, bei dem Hautveränderungen verschiedener Art, Erythem, Vitiligo, Narben, psoriasisähnliche Schwartenbildungen, vorhanden waren. Die histologische Untersuchung ergab für alle diese Veränderungen prinzipiell gleiche Befunde. In den obersten Schichten der Haut, teilweise bis in die Papillen, zeigte sich ein Teil der kleineren und kleinsten Gefäfse eingescheidet von einem Mantel neugebildeter Zellen, welche im grofsen und ganzen den Spindelzellencharakter bewahrt haben. An einigen Stellen gesellte sich dazu eine verhältnismäfsig nicht sehr dichte Anhäufung von Rundzellen. Die neugebildeten Zellen, an welchen eine Vakuolisation des Protoplasma nicht festzustellen war, enthielten manchmal Bacillen, einzeln oder in kleineren Häufchen. Pigmentzellen von ähnlicher Beschaffenheit lagen am zahlreichsten in der Nachbarschaft der Gefäfse; das Pigment gab keine Eisenreaktion. Das reichlichere Vorkommen der Pigmentzellen an manchen Stellen entsprach dem klinischen Zeichen einer hyperpigmentierten Haut. Die Veränderungen safsen also an den Kapillaren und demgemäfs auch an dem Follikel und Schweifsdrüsen umgebenden Gefäfsnetz. Der gröfste Teil der Nervenästchen in der Haut war ebenfalls insofern verändert, als entweder neben einer entzündlichen Infiltration im Nerven oder ohne eine solche ein Untergang der nervösen Elemente bestand. Bacillen waren in den Nerven ebenfalls vorhanden. — Dieser Befund deckt sich im allgemeinen mit den bisher bekannten histologischen Beschreibungen von maculo-anästhetischen Prozessen; nur die Histologie der psoriasisähnlichen Schwarten ist bisher nirgends veröffentlicht worden. — Des Verfassers Untersuchungen machen die Annahme wahrscheinlich, dafs die Veränderungen bei der maculo-anästhetischen Form primär von den Gefäfswänden ausgehen. Ist diese Annahme richtig, so mufs der Krankheitserreger durch die Blutbahn verschleppt worden sein; dafür spricht auch einmal der Befund von Bacillen und Bacillenhäufchen in den Endothelzellen der innerhalb eines Leprids liegenden Gefäfse, zweitens der Befund von Embolien von Bacillenhaufen in Blutkapillaren. — Dafs die Nervendegeneration bei der Entstehung der Hautveränderungen eine ursächliche Rolle spielt, hält Verfasser nicht für wahrscheinlich; die Veränderungen an den Gefäfsen sind jedenfalls weiter vorgeschritten als in den Nervenästchen der Haut. (Schlufs folgt.) *A. Loewald-Graudenz.*

Monatsberichte für Urologie.

Band VII, Heft 11.

Über eine seltene Komplikation der chronischen Blennorrhoe nebst Beiträgen zur pathologischen Anatomie der Urethra des Mannes, von SIEGFRIED GROSZ. Bei einem Patienten mit chronischer Blennorrhoe fand sich an der unteren Fläche des vorderen Urethralendes ein Knoten, der sich zeitweilig verkleinerte; ein Zusammenhang mit der Urethra konnte klinisch nicht nachgewiesen werden. Derselbe wurde exzidiert. Es erwies sich mikroskopisch, dafs er vielfach gebuchtete und ver-

zweigte Gänge enthält, die sich in einem einzigen kurzen Gange vereinigten, der in die Harnröhre mündete. Ausgangspunkt waren wohl angeborene, übermäſsig entwickelte MORGAGNIsche Lakunen. Das Epithel der Gänge und das subepitheliale Bindegewebe zeigten die Veränderungen, wie sie FINGER als Folgen der Blennorrhoe geschildert hat. Gonokokken waren nicht nachweisbar.

Einige Bemerkungen über Phloridzin, von EUGEN WARSCHAUER. Das Phloridzin ist für den Organismus, in der Dosis von 0,01 subcutan injiziert, völlig unschädlich. Verfasser sucht zu beweisen, daſs eine von anderer Seite aufgestellte gegenteilige Behauptung, die sich auf einen beobachteten Fall stützt, durch diesen in keiner Weise begründet ist. Er würde nicht anstehen, das Mittel, welches Polyurie bewirkt, bei Urämie auch als Diureticum anzuwenden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1902. Heft 11.

Die mikroskopische Anatomie des Verrucoma de Carrion, von EDMUNDO E. ESCOMEL, Lima. Das Verrucoma de Carrion oder die Verruga von Peru ist eine in bestimmten Gegenden Perus einheimische Krankheit, die unter Fieber, hochgradiger Anämie, Milz-, Leber- und Lymphdrüsen-Schwellung häufig tödlich verläuft und deren hervorstechendstes Symptom in der Bildung von kleinen Hautknötchen — Verruga — besteht. Diese Hautknötchen sind mehr fühlbar als sichtbar, erscheinen besonders zahlreich an den Streckseiten der Extremitäten, ohne den übrigen Körper ganz zu verschonen, und werden, entsprechend ihrer Gröſse, in Verruga miliaris und Verruga mularis unterschieden. Wegen der letzteren Benennung wolle man im Original nachlesen.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich im wesentlichen mit der Histo-Pathologie des Verrukoms, dessen miliare Form Granulom, dessen mulare Form Globulom genannt wird; von ersterem unterscheidet Verfasser vier Varietäten, von letzterem nur eine, das Nodulom. Bei beiden Formen werden zwei Phasen beobachtet, die des Wachstums und die der Degeneration.

Das Granulom erscheint zuerst als kleiner, umschriebener, rötlicher Fleck, ist bisweilen gestielt und kann bis kirschgroſs werden. In diesem Stadium besteht es aus einem Haufen embryonaler Bindegewebszellen, die in ein intercelluläres Bindegewebsnetz eingebettet und mit einzelnen Leukocyten, öfters auch mit Bacillen untermischt sind. — Im Stadium der Rückbildung fallen in dem Granulom dunklere, peripher, und hellere, mehr zentralwärts gelegene Zonen auf; die ersteren bestehen aus dicht stehenden Kernen; in den letzteren, in denen nur spärliche Kerne sich befinden, beginnt die Rückbildung. Das Zellprotoplasma ist körnig oder zerbröckelt, der Kern enthält nur noch selten ein Kernkörperchen. Das Globulom wächst in der Cutis oder in der Subcutis, treibt die Epidermis vor sich her, die unter seinem Druck atrophiert und schlieſslich durchbrochen wird. Es erreicht Haselnuſs- bis Orangengröſse, ist bald hautfarben, bald blasser, rötlich oder bläulich. Seine Härte schwankt zwischen der eines Myxoms und eines Fibroms, je nach dem Vorherrschen von Gefäſsen oder embryonalem Gewebe. — Das Granulom besteht ebenfalls aus embryonalen Bindegewebszellen, aus EHRLICHschen Mastzellen, Leukocyten, Bindegewebe und kollagenem Gewebe nebst Gefäſsen. Eine normale Rückbildung kommt hier selten zur Beobachtung, da die Neubildung, wenn sie die Epidermis durchbrochen hat, ulceriert und der Tummelplatz vielfältiger Mikrobien wird. Als Erreger des Verrukoms wird mit Wahrscheinlichkeit ein Bacillus beschrieben, den Verfasser in seinen Präparaten gefunden hat. Er ist im Zentrum der Geschwulst am zahlreichsten und

wird gegen die Peripherie immer seltener. Er ist langgestreckt und dünn, steht zu zweit, zu dritt und zu viert zusammen, immer in einiger Entfernung vom Zellkern.

Der Arbeit sind 14 chromo-lithographische Abbildungen beigegeben. Zu bemerken ist noch, daſs das Verrucoma Carrion seinen Namen nach einem Studenten der Medizin CARRION erhalten hat, der sich mit dem Blut eines kleinen Tumors zu wissenschaftlichen Zwecken impfte und nach 39 Tagen der Injektion erlag.

Beitrag zum Studium des Sarkoid multiple benignum, von BOECK, HALLOPEAU und ECK. Die Verfasser halten im Gegensatz zu verschiedenen anderen Autoren den von BOECK aufgestellten Typus eines multiplen, gutartigen Sarkoids als zu Recht bestehend und beziehen sich auf einen Fall, den sie früher in der Französischen Gesellschaft für Dermatologie vorgestellt haben und über dessen Verlauf sie in der vorliegenden Arbeit weiter berichten. *Türkheim-Hamburg.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1902. Heft 11.

Über einen für alle Länder gleichmäſsigen Modus in betreff der Statistik der venerischen Krankheiten, von GAETANO CIARROCCHI-Rom. Die Arbeit zerfällt naturgemäſs in zwei Abteilungen, deren erste sich mit den Mängeln des bisher beliebten Verfahrens beschäftigt, eine möglichst umfassende Statistik der venerischen Erkrankungen in den Kulturländern aufzustellen, deren zweite neue Wege aufweist, durch deren Beschreiten das erwünschte Ziel zu erreichen sei.

Er verlangt die Mitarbeit alle Ärzte insofern, als sie die einfachen, nackten, einwandfreien Tatsachen zusammenbringen sollen. Dieses Material soll durch Statistiker von Fach gesichtet und durch ärztliche Autoritäten bearbeitet werden. Dabei sei selbstverständlich, daſs Tripper und Syphilis getrennt abzuhandeln seien. Verfasser verlangt dann weiter, daſs jeder Arzt ein genaues Verzeichnis aller von ihm an frischer Syphilis behandelten Personen anlege. Das Verzeichnis müsse auſser dem Namen Alter, Geschlecht, Stand u. s. w. enthalten. In bestimmten Zwischenräumen hätte er dieses Verzeichnis der Gesundheitsbehörde seines Wohnsitzes einzureichen, wobei eventuell die Namen wegzulassen seien. Von einem solchen Vorgehen verspricht Verfasser sich groſsen Nutzen.

Bemerkungen über den Unterricht in Dermatologie und Syphilis auf den französischen Hochschulen, von CH. AUDRY. Angeregt durch eine Arbeit NEISSERS, die denselben Gegenstand in bezug auf die deutschen Universitäten zum Inhalt hat, wirft A. die Frage auf, ob auf den französischen Hochschulen in genügender Weise auch nur für einen oberflächlichen Unterricht in Dermatologie und Venereologie gesorgt sei, und beantwortet diese Frage in verneinendem Sinne. Er schildert die einschlägigen Verhältnisse an den verschiedenen medizinischen Fakultäten Frankreichs und führt aus, daſs im allgemeinen weder der theoretische, noch der klinische Unterricht hinreicht, um dem in Frankreich Studierenden die elementaren Kenntnisse in Dermatologie und Syphilis beizubringen. *Türkheim-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Ein Beitrag zur Lehre von der Bewegung und der Innervation der Haare, von EDMUND SAALFELD-Berlin. (*Arch. f. Anat. u. Physiol.* 1901. Physiol. Abtlg.) Die sehr interessante Arbeit beschäftigt sich mit der Frage der Abhängigkeit der Bewegung der Haare von Nerveneinflüssen. Dafs die Bewegung der Haare mit glattem Mm. arrectores vom Sympathicus abhängig ist, steht seit den Versuchen LANGLEYS (1891) fest. Die Bewegung der im Gesicht vieler Säugetiere befindlichen sog. Tasthaare, deren Arrectores quergestreifte Muskelfasern besitzen, schrieb man seit SCHIFF dem Facialis zu, ohne dafs aber ein experimenteller Beweis dafür erbracht war. Verfasser konnte nun zunächst die Versuche LANGLEYS nach jeder Richtung bestätigen. Faradische Reizung des freigelegten Halssympathicus ergab bei Katzen, Igeln und einem Pudel regelmäfsig mehr oder minder ausgiebige Bewegung der Haare in der „Face area“ (zwischen Auge und Ohr); bei Kaninchen, Ratte und Maus war die Reaktion nicht deutlich erkennbar. Nach Resektion eines Stückes von Halssympathicus, sowie eines Cervikalganglion zeigte sich beim Igel eine deutliche Abnahme der Rigidität der Stacheln gegenüber der gesunden Seite; dieser Zustand blieb monatelang (bis zum Tode) bestehen. Ein Einflufs der Sympathicusreizung auf die Schnurrhaare war nie vorhanden. Die in der Gegend der Schnauze und der Augenbrauen befindlichen Schnurrhaare (Tasthaare, Sinushaare) besitzen, wie erwähnt, quergestreifte Muskulatur. Um eine etwaige Facialiseinwirkung festzustellen, legte Verfasser den Facialis nach seinem Austritt aus der Parotis frei und reizte ihn faradisch. Bei Katzen konnte Verfasser eine isolierte Bewegung der Haare in der Umgebung der Schnauze sowie der der Augen konstatieren, je nachdem er den oberen oder unteren Facialisast reizte. Die Reizung der Verzweigungen dieser Äste ergab wieder eine weitere Zerlegung des Wirkungskreises. — Resektion des Facialis führte sofort zu einer dauernden Verminderung der Rigidität der Haare auf der operierten Seite; nach ca. 3 Wochen zeigte sich eine auffallende und progressive Zunahme des Längen- und Dickendurchmessers der Haare in der Schnauz- und Augengegend. Versuche an Kaninchen, Ratte, Eichkatze und Pintscher ergaben im wesentlichen das gleiche Resultat. — Es gelang dem Verfasser ferner, durch graphische Aufzeichnung der Bewegung der Spürhaare nach Facialisreizung festzustellen, dafs der mittlere Wert der Latenzzeit 0,012 Sekunden beträgt, also nicht wesentlich von dem für Skelettmuskeln als Durchschnitt angenommenen Werte (0,01 Sekunden) abweicht.

Mehrere Wochen nach der Facialis- resp. Sympathicusresektion ausgeführte mikroskopische Untersuchungen der Arrectores ergaben nur bezüglich der quergestreiften Arrectores ein positives Resultat. Verfasser fand an einer Reihe von Muskelfasern deutlich fettige Degeneration. An den glatten Haarbalgmuskeln konnte er Ähnliches nicht finden.

Endlich führte Verfasser bei zwei Kaninchen das zuerst von SIGM. MAYER angestellte Experiment aus, die Dorsalseite beider Ohren mittels Calciumsulfhydrat zu enthaaren und dann auf der einen Seite ein Stück aus dem Halssympathicus und dem N. auricularis magnus zu excidieren. Die Versuche bestätigten wieder, dafs die Haare auf der operierten Seite bedeutend rascher wechseln als auf der anderen. Verfasser führt diese Tatsache nicht auf trophische Nerveneinflüsse zurück, sondern auf die

nach Sympathicusdurchschneidung bezw. -Resektion eintretende Überernährung infolge größerer Blutzufuhr. In gleicher Weise möchte Verfasser die oben angedeutete Tatsache des stärkeren Wachstums der Schnurrhaare nach Facialisresektion erklären, da ja auch der Facialis sympathische Nervenfasern führt.

A. Loewald-Graudenz.

Eigentümlicher Verlauf der Musculi erectores pilorum, von M. Oro. (*Gazz. internaz. di Medic. prat.* V. Jahrg.) Bei der histologischen Untersuchung eines Falles von Herpes fiel dem Verfasser der sonderbare Verlauf der Musculi erectores pilorum auf. Dieselben verliefen, zu zweien, nach dem Grunde des Follikels, in der Weise, daſs sich die einzelnen Fasern untereinander und mit den Fasern des anderen Muskels verwickelten, wobei sie eine Gruppe von Knäueldrüsen wie ein Netz umgaben. Bei der Kontraktion der Muskeln muſste er somit nicht allein zur Ausbildung der „Cutis anserina" kommen, sondern auch zum Schweiſsaustritt aus den Knäueldrüsenausführungsgängen. *C. Müller-Genf.*

Über freie Talgdrüsen, von L. Stieda. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 30.) Freie Talgdrüsen sind Talgdrüsen ohne Haare. Die Bezeichnung „Haarbalgdrüsen" an Stelle von Talgdrüsen ist zu verwerfen. Freie Talgdrüsen gibt es am Lippenrot, an der Wangenschleimhaut, an der Übergangsstelle zwischen äuſserer Haut und Nasenschleimhaut, an der Übergangsstelle von äuſserer Haut und Mastdarmschleimhaut, an der Eichel und an dem Praeputium, an den kleinen Schamlippen, der Eichel und der Vorhaut der Clitoris, an den weiblichen Brustwarzen und am Warzenhof. Am Lippenrot entwickeln sie sich erst in der Pubertät, erscheinen besonders gegen die Mundwinkel hin als kleine, gelblich-weiſse Punkte bei 50% der Weiber, 60% der Männer. Ähnlich verhält es sich mit den Drüsen der Mundschleimhaut. — An der Corona glandis kommen keine freien Drüsen vor; die Tysonschen Drüsen sind gar keine Drüsen, sondern Vertiefungen zwischen den Coronapapillen. — Die Drüsen an der Caruncula lacrimalis sind nicht freie Talgdrüsen, da sie feine Härchen enthalten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Mikroskopische Technik.

Zur Färbung der elastischen Fasern, von V. Pranter. (*Centralbl. f. allg. Path.* 1902. No. 8/9.) Die Prüfung der Färbungsmethoden für elastische Fasern ergab dem Verfasser folgende Erfahrungen:

1. Orcein (Taenzersche Färbung) ist nur als Orcein D (Grübler & Co. in Leipzig) zuverlässig. Man bereitet folgende Lösung:

Orcein D. (Grübler)	0,1
Offiz. Salpetersäure	2,0
70%iger Alkohol	100,0.

Die Lösung ist haltbar, färbt in 8—24 Stunden; nachträgliche Differenzierung ist nicht nötig. Nach der Färbung Abspülung mit Wasser und Einbettung in gewohnter Weise. Diffuse Färbung tritt auch bei längerem Verweilen der Schnitte nicht ein. Die elastischen Fasern werden elektiv dunkelbraunrot tingiert. Zu Grunde gehende oder sonst pathologisch beeinfluſste Fasern bleiben heller, braun. Nur vaxinhaltige Zellen und Knorpel werden rotbraun gefärbt; die Knorpelfärbung wird aber durch Alkohol wieder ausgesogen. — Die Färbung von auf Objektträgern aufgeklebten Schnitten ist die technisch bequemste. — Kombination mit Kernfärbung und Diffusfärbung ist ausführbar. Zur Vorfärbung eignet sich besonders Lithionkarmin: 15—20 Minuten in Lithiokarmin, mit Flieſspapier abtrocknen, nicht mit Wasser abspülen,

sondern sofort in die Orceinlösung übertragen. — Die nicht so gute Simultanfärbung für die Kernfärbung geht am besten mit;

Orcein D.	0,1
Offiz. Salpetersäure	2,0
70 %iger Alkohol	100,0
Konz. wässerige Lösung von Wasserblau	1,0.

Färbezeit: 12—24 Stunden. Kerne blau, elastische Fasern schwarzbraun, Bindegewebe und Zellprotoplasma hellblau. Diffuse Färbung erzielt man durch Zusatz von Sol. acid. picrin. concent. aq. 5,0 auf 100,0 Orceinlösung. Am empfehlenswertesten ist die Nachfärbung, besonders mit blauen Farbstoffen. — Zu Schnellfärbungen in ¼—1 Stunde eignet sich folgende Lösung:

Orcein D.	1,0
Offiz. Salpetersäure	5,0
70 %iger Alkohol	100,0.

2. Resorcinfuchsin (Grübler) dient zur Färbung nach Weigert. Zur langsamen Färbung braucht man:

Resorcinfuchsin	0,02
Offiz. Salpetersäure (oder *Salzsäure*)	1,0
70 %iger Alkohol	100,0.

Zu schneller Färbung:

Resorcinfuchsin	0,2
Offiz. Salpetersäure (oder *Salzsäure*)	3,0
70 %iger Alkohol	100,0.

Dieses Verfahren gibt vorzügliche Bilder, ist auch mit den üblichen Färbungen kombinierbar.

3. Kresofuchsin (Spiegel) nach Rothig gibt befriedigende Resultate, aber die obigen Methoden färben die feinsten Fasern sicherer und distinkter.

4. Resorcin-Victoriablau gibt mangelhafte Bilder.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beobachtungen bei der Färbung der elastischen Fasern mit Orcein, von Elise Wolff. (*Centralbl. f. allg. Pathol.* 1902. No. 13.) Bei längerem Abschluſs von Luft und Licht verliert die Orceinlösung wieder ihre Wirksamkeit. Ist dieselbe reif geworden und bleibt sie dem Lichte ausgesetzt, dann behält sie auch ihr Färbvermögen. Daraus erklären sich auch die schlechten Ergebnisse mit den verschiedenen Orceinpräparaten, die verschiedene Zeit bis zur Reife brauchen. Am besten ist es, eine alkoholische Stammlösung fertig zu haben und von derselben einige Tropfen in 1 %igen salzsauren Alkohol (70 %) zu träufeln, so daſs die Mischung eine weinrote Färbung hat. — Für aufgeklebte Celloidinschnitte ist das Verfahren von Auburtin zu empfehlen. — Die elegantesten Bilder geben Gefrierschnitte. — Zur Nachfärbung bewährt sich am besten Hämatoxylin. — Über Thioninkontrastfärbung mit Einschmelzen von Colophonium, sowie über Karboltoluidinfärbung macht Verfasserin eingehende Mitteilungen. — Tuberkelbacillen und Fibrinfärbung lassen sich auch in einem Präparate mit der Orceinfärbung vereinen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über orceinophile Bindegewebe, von Hans Rabl. (Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. in Wien, mathem.-naturw. Klasse. Bd. 110. Abt. III.) Die mit Orcein gefärbten Präparate geben einerseits Schwierigkeiten, wenn es sich um Neubildung oder Rückbildung der elastischen Substanz handelt; sehr junge elastische Fasern, ebenso wie Fasern in der verwitterten Gesichtshaut älterer Leute (Elastinfasern)

nehmen den Farbstoff nicht gut an. Andererseits gibt es nach UNNA eine Degeneration des leimgebenden Bindegewebes, welche durch Affinität zu Orcein charakterisiert ist; UNNA nannte dieses Gewebe „Kollastin". Ähnliche Befunde hat nun Verfasser in einigen Ovarien erhoben, und zwar in fibrösen Körpern derselben, welche Verfasser beschreibt. Hier findet sich ein Gewebe, welches mit Orcein braun, mit WEIGERTS Flüssigkeit schwarzblau wird, also sich wie Elastin färbt. Trotzdem aber quillt es in Essigsäure und Kalilauge, und färbt sich, wie das fibrinoide Bindegewebe, mit Pikrofuchsin gelb. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine neue Methode zur Färbung von Hornsubstanzen, von HEINRICH ERNINGHAUS. (*Centralbl. f. allg. Pathol.* 1902. No. 11.) Goldorange ist ein zur Färbung von Hornsubstanzen sehr geeigneter Stoff, da das Horn den Farbstoff sehr festhält; es erscheint in leuchtend gelbroter Farbe. Es scheint, als ob alle Hornsubstanzen, ältere und jüngere, gefärbt werden. Zur Untersuchung der cellulären Einzelheiten des Verhornungsprozesses ist die GRAMsche Methode geeigneter. Sehr hübsche Bilder geben Hornkrebse, Leukoplakia oris, abnorme Verhornungen aller Art. Das Verfahren ist folgendes:

1. Färbung der Schnitte in konzentrischer, wässeriger Lösung von Gelborange (15 Minuten, ohne Schaden auch länger),
2. Auswaschen in destilliertem Wasser.
3. Differenzieren in 1%igem salzsaurem Alkohol (70%) eine Minute.
4. Auswaschen in destilliertem Wasser.
5. Neutralisieren in Ammoniakwasser, bis gelbe Wolken abgehen.
6. Auswaschen in destilliertem Wasser, bis der Schnitt die diffuse Goldfärbung verloren hat.
7. Gegenfärbung mit Hämatoxylin.
8. Auswaschen mit destilliertem Wasser.
9. 96%iger Alkohol (nicht zu lange).
10. Origanumöl. Balsam.

Die Färbung mit Goldorange eignet sich besonders, wenn man möglichst schnell ein gutes Präparat herstellen will. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Frage der Plasmazellen, (*Riforma med.* 1902. Vol. I. No. 73.) Der Bericht beschäftigt sich mit den Plasmazellen, deren Stellung und Bedeutung durch die Arbeit PAPPENHEIMS in *diesen Heften* (No. 1. Bd. 34) wieder betont ist. Er berichtet vor allem über die von UNNA und MARSCHALKO festgelegten Tatsachen und über die Charakteristik der von diesen als Plasmazellen beschriebenen Gebilde.

F. Hahn-Bremen.

Über Zellteilung, von E. KROMPECHER. (*Centralbl. f. allg. Pathol.* 1902. No. 8/9.) Die Untersuchung von 313 Tumoren ergab mitotische Zweiteilung in 77%, mitotische Mehrteilung in 42% der Tumoren, mitotische Mehrteilung in 60% aller mitotischen Teilungen. Die mitotische Mehrteilung verläuft meist ganz symmetrisch nach genauen Formengesetzen, indem die chromatischen und achromatischen Teilungsstücke eine streng geordnete Verteilung im Raume nach dem Typus stereometrischer Körper erkennen lassen. Die Centrosomen und Tochterkerne nehmen eine den Spitzen, die Spindelachsen eine den Kanten der stereometrischen Körper entsprechende Lage ein. — Es kommen aber auch asymmetrische Kernteilungsbilder vor. — Die von HIS in kernreichen Syncytien des Torpedokeimes beschriebenen unregelmäßigen Mehrteilungen scheinen eine Mittelstellung zwischen Mitose und Amitose einzunehmen. — Die pluripolaren Mitosen sind nicht ohne weiteres pathologisch. Nur wo die einzelnen Bestandteile, die Chromatinschleifen etc. abnorm sind, kann man von pathologischen Vorgängen sprechen.

Die mehrfache direkte Segmentation verläuft nach ähnlichen Gesetzen wie die mitotische Mehrteilung. — Die BORELLschen Bilder entsprechen mitotischen Mehrteilungen, bei denen die Tochterkerne noch durch chromatische Fäden zusammenhängen. Nur die direkte Segmentation und Fragmentation sind progressive Teilungsarten, die indirekte sind Degenerationserscheinungen des Kerns. — Mitose und Amitose sind keine prinzipiell verschiedene Teilungsarten, da sich derselbe Kern mitotisch und amitotisch teilen kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bakteriologie.

Über den Nachweis feinerer Wachstumsvorgänge in Trichophyton- und anderen Fadenpilzen mittels Neutralrot, von J. PLATO und H. GUTH-Breslau. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrankh.* 1901. No. 38.) Verfasser unternahmen es gemeinsam, die Bedingungen der Neutralrotfärbung der banalen Schimmelpilze, der Trichophytonpilze und des Favus und die biologische Bedeutung der gefärbten Elemente zu prüfen und geben sie ihre Resultate mit beigefügten Abbildungen. Alle untersuchten Pilzarten zeigten, wenn sie unter ganz gleichen Bedingungen kultiviert wurden, Besonderheiten der vitalen Färbung, auf Grund deren ihre Diagnose möglich war. Insbesondere zeigte der Favus so regelmässig angeordnete zentralgefärbte Granula von gleichmäfsiger Gröfse, wie keiner der anderen Pilze. Die ausgesprochene Polfärbung war charakteristisch für Penicillium brevicaule.

Bernhard Schulze-Kiel.

Züchtung der Trichophytiepilze in situ, von H. C. PLAUT. (*Centralbl. f. Bakter.* 1902. No. 5.) Es gelingt auf folgende Weise leicht Trichophytiepilze zu züchten: Man legt 3—4 Haare oder eben so viel Schüppchen auf einen erhitzten und abgekühlten Objektträger; drückt diese durch einen zweiten Objektträger, den man wieder entfernt, glatt; dann kommt ein flambiertes Deckgläschen, welches an den Ecken durch Wachströpfchen befestigt wird. Der Objektträger wird dann auf ein Glasschälchen gelegt, das in eine feuchte Kammer kommt: einen Teller, auf den eine Glasglocke gesetzt wird. In den Boden der Glocke, also oben, kommt Fliefspapier, in das man ein Loch schneidet, damit man die Kultur beobachten kann. In den Teller giefst man, nachdem die Glocke eingesetzt ist, Wasser. Der Objektträger darf in keinem Falle nafs werden, auch nicht beim Abnehmen der Glasglocke, die 12 cm Umfang, 7 cm Höhe haben mufs. Die Züchtungstemperatur soll ca. 20° C. betragen. Das Mycel mufs, wenn es nicht Verunreinigung sein soll, von den Haaren oder Schuppen ausgehen, und darf nicht vor dem dritten Tage sichtbar werden. — Diese Kulturen können Ausgangsmaterial für Kulturen auf anderen Nährböden bilden. — Auch eine Favuskultur gelang dem Verfasser auf diese Weise im Brutofen, indem er die Deckgläschen vor Kondenswasser durch eine feuchte Fliefspapierbrücke schützte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Züchtung der Trichophytiepilze in situ. Bemerkung, von KARL HOLLBORN. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1902. No. 10.) Verfasser weist darauf hin, dafs er eine gleiche Methode, wie sie PLAUT empfiehlt, im Jahre 1895 schon mitgeteilt habe. Er benutzte sie damals zu Untersuchungen bei Alopecia areata. Später hat er auch Trichophytonpilze in gleicher Weise gezüchtet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über kultivierbare Smegmabacillen spricht UCKE in der Sitzung des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg vom 14. Januar 1902. (*Petersb. Med. Wochenschr.* 1902. No. 30.) Bekanntlich unterscheidet man neuerdings nach den Arbeiten von C. FRAENKEL und NEUFELD im Smegma zwei Bacillenarten; die eine ist säurefest und den Tuberkelbacillen äufserst ähnlich, in Reinkulturen bisher noch nicht dargestellt

(die zuerst von ALVARY und TAVEL „Smegmabacillen“ genannten Stäbchen), die andere ist von LOSER und CZAPLEWSKI in Kultur dargestellt, gleichfalls säurefest, gehört aber zur Gruppe der Diphtheriebacillen. Die zweite Art hat UCKE bei seinen Untersuchungen von Urinfilamenten auf Gonokokken ebenfalls häufig in Kulturen beobachten können; die Kulturen hatten bei Betrachtung mit bloſsem Auge viel Ähnlichkeit mit solchen von Gonokokken. Die Bacillen gedeihen mit Leichtigkeit auf Nutroseserum, auf Hirschwasserpeptonagar, sowie bei Zusatz von Glycerin oder Traubenzucker; die Kolonien sind anfangs tautropfenartig, später weiſslich. Die Ähnlichkeit mit Diphtheriebacillenkolonien ist besonders groſs bei Züchtung auf LÖFFLERschem Blutserum, dagegen unterscheiden sich die Bouillonkulturen dadurch, daſs die Diphtheriebacillen die Bouillon trüben, die Smegmabacillen nicht; das Gleiche war bei Kulturen in Zuckerbouillon zu konstatieren. — Die Bacillen selbst sind Diphtheriebacillen sehr ähnlich, aber kürzer und daher plumper. Sie erscheinen auch in Keulenformen und zeigen die Bildung der BABES-ERNSTschen Körperchen, durch das M. NEISSERsche Verfahren gut darstellbar. Dies Verfahren hat also nicht spezifische Bedeutung. Die Bacillen sind wohl säurefest, jedoch ist eine Verwechslung mit Tuberkelbacillen ausgeschlossen, da diese leuchtend rot erscheinen, während die Smegmabacillen dunkel- bis burgunderrot aussehen. — Pathogene Eigenschaften kommen diesen Bacillen wohl nicht zu; da UCKE aber zuweilen Eiterzellen mit ihnen vollgepfropft fand, glaubt er, daſs sie eine Eiterung, wenn auch nicht selbständig erregen, so doch zu unterhalten im stande sind. In Kulturen leben sie mit Gonokokken friedlich in Symbiose. — Aus der Diskussion ist zu erwähnen die Vermutung PETERSENS, daſs sich aus dem Smegma wohl noch mehr Bakterienarten werden züchten lassen; er weist auſserdem darauf hin, daſs in frischen Fällen von Urethritis die Gonokokken in Reinkulturen erscheinen, erst bei abnehmender Virulenz gesellen sich noch andere Mikroorganismen hinzu.

A. Loewald-Graudenz.

Verschiedenes.

Dr. Unna ist von der Wiener dermatologischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied ernannt worden.

Über unschädliche Haarfärbemittel, von PAUL RICHTER. (*Klin.-therapeut. Wochenschr.* 1902. No. 45.) Für das vom Verfasser schon früher empfohlene Aureol tritt derselbe wieder ein. Es ist nicht zu bezweifeln, daſs in einzelnen Fällen Hautentzündungen dadurch ausgelöst werden, aber jedenfalls sind diese Fälle im Verhältnis zu dem riesigen Verbrauch des Aureol auſserordentlich selten. Es wird jetzt auch ein Aureol ohne Metolzusatz hergestellt; ob dieses Präparat noch weniger schädlich ist, ist noch nicht bewiesen. Ein Mittel, gegen das nicht hin und wieder ein Mensch eine Idiosynkrasie besitzt, herzustellen, ist noch nicht gelungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Übersichtliche Darstellung der vom 1. Januar 1899 bis Ende Juni 1902 auf der Abteilung für Dermatologie und Syphilis behandelten Patienten, von ANDREAS BURACZYNSKI. (*Wien. klin. Rundsch.* 1902. No. 45.) Die Statistik der Abteilung umfaſst 7519 Personen, 4784 Männer und 2735 Weiber. An Syphilis litten 1771 Personen (23 % der Gesamtzahl), darunter 873 (49,2 %) Männer. Die übrigen venerischen Krankheiten zeigten 2804 (37 %) Patienten, darunter 1854 (66,2 %) Männer. Hautkranke waren 2081, darunter 1910 (71,8 %) Männer. Die gröſste Zahl erreichte die Skabies, wenn sie auch im Laufe der Jahre abnahm. Im Ambulatorium kamen

4863 Personen zur Behandlung, 1781 mit Geschlechtskrankheiten, 3082 mit Hautleiden. Von den 314 Sklerosen waren 20 (6,4%) extragenitale; dieselben werden mitgeteilt. Auch sonst enthält der Bericht manche interessante Mitteilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dr. Unnas Dermatologische Preisaufgabe.

Der für 1902 ausgeschriebene Preis von 300 Mark konnte nicht erteilt werden. Es wird deshalb die gleiche Aufgabe auch für 1903 gestellt und der Preis auf 600 Mark erhöht.

Das Thema lautet demnach wiederum:

> **Es soll eine genaue kulturelle und mikroskopische Beschreibung des als Diclimactericus albus flavens (Typus Traubel) bekannten, bei feuchten Ekzemen häufig vorkommenden Coccus geliefert werden mit besonderer Berücksichtigung seiner kulturellen und mikroskopischen Merkmale gegenüber denjenigen der eitererregenden und zur Sepsis führenden Staphylokokken.**

Die Bewerbung ist unbeschränkt. Der Preis beträgt ℳ 600.—. Die Arbeit ist bis Anfang Dezember 1903 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, einzureichen. Sie ist mit einem Kennwort (Motto) zu versehen; das gleiche Kennwort ist auf der Hülle eines beizulegenden Briefes, welcher Namen und Adresse des Verfassers enthält, anzubringen.

Die Herren Reg.- und Med.-Rat Dr. Abel-Berlin, Professor Dr. C. Fraenkel-Halle, Professor Dr. Migula-Karlsruhe haben es gütigst übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen.

Erläuterung zu der Preisaufgabe:

Es wird zunächst Gewicht auf eine genaue Nachuntersuchung der bisherigen Angaben über die Morphologie und das kulturelle Verhalten des Diclimactericus albus flavens gelegt (s. Unna, Versuch einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokkenarten nebst Bemerkungen über ein natürliches System der Kokken überhaupt. Allgem. Teil. Von P. G. Unna. *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. 31, S. 1; derselbe, Spez. Teil. Von L. Moberg und P. G. Unna, ebenda S. 65), sowie auf eine scharfe Differentialdiagnostik zwischen diesem Coccus und dem aus den inneren Organen an Sepsis Verstorbenen gezüchteten, echten Staphylococcus pyogenes aureus et albus. In zweiter Linie ist zu wünschen, daſs die schon vorhandenen mikroskopischen und kulturellen Kriterien möglichst um neue und gute vermehrt werden.

Um die Aufgabe nicht zu sehr zu erweitern, ist von einer Ausdehnung der Untersuchung auf das experimentell pathologische Gebiet abgesehen; doch steht eine solche Ausdehnung dem Bewerber frei und es würden positive und neue Ergebnisse in dieser Richtung den Wert der Arbeit erhöhen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 36. №. 4. 15. Februar 1903.

Aus der Dermatologischen Klinik und dem Laboratorium des Prof. Reiss in Krakau.

Über chronische streptogene Hautaffektion sub forma einer bullösen Dermatitis (eines Pemphigus).

Von

Dr. F. Krzysztalowicz,
Privatdozent der Dermatologie in Krakau.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Pemphigus ist kein klarer klinischer Begriff, denn das einzige gemeinsame Kennzeichen aller der verschiedenen bekannten Formen, welche dieser Begriff umfaſst, ist lediglich nur das Auftreten von Blasen, welche jedoch schon in Bezug auf ihre Form besonders in ihrem Verlaufe verschieden sein können. Die auf zahlreichen Kongressen angeregten und von verschiedenen Autoren gemachten Versuche, diese Frage zu klären, haben bis jetzt noch keine Früchte getragen und wir tappen noch immer im Finstern. Nur die genaue histologische und bakteriologische Untersuchung eines jeden beobachteten Falles ist im stande, Licht in dieses Dunkel zu tragen.

Vorläufig müssen wir uns als Prinzip setzen, daſs wir mit der Benennung Pemphigus wohl nur jene Fälle von Blasenbildung bezeichnen können, deren Ätiologie wir nicht genau kennen, bei denen die bakteriologische Untersuchung kein positives Resultat ergibt, und wir das Auftreten der Bläschen auf etwaige nervöse Einflüsse, Veränderungen des Blutes oder Stoffwechsels zurückführen. Deshalb nennen wir auch nicht Pemphigus die Blasenbildung bei Verbrennungen, bei Impetigo simplex, bei Herpes u. dgl., deshalb müssen auch die Fälle von Pemphigus acutus neonatorum, dessen infektiöser Charakter schon von sämtlichen Autoren anerkannt worden ist, getrennt behandelt werden. In Bezug auf dies letztere Leiden dürfte die Bezeichnung der französischen Autoren dermatite bulleuse des nouveau-nés zutreffen. Ob die Duhringsche Krankheit (Dermatitis herpetiformis polymorpha dolorosa) und die bekannten Formen des Pemphigus (Pemphigus

vulgaris, foliaceus, vegetans) einer Gruppe angehören, oder ob sie besondere Krankheitseinheiten darstellen, ob sie ineinander übergehen können oder endlich nur Symptome verschiedener Krankheitsprozesse sind, kann hier nicht entschieden werden. Dies sind derzeit offenstehende Fragen. Hier will ich nur betonen, daſs ich die Pemphigusfrage keineswegs als eine leicht zu lösende betrachte und daſs ich die Meinung KAPOSIS,[1] der Pemphigus sei ein ganz klarer klinischer Begriff, nicht teile.

Bezüglich der Frage über das Wesen des Pemphigus halte ich es für besonders wichtig, festzustellen, daſs die meisten Autoren, welche den Pemphigus der Neugeborenen beschreiben, bestätigen, daſs sehr groſse Blasen infolge einer äuſseren Infektion entstehen können, während bisher die Entstehung einer groſsen Blase meist auf einen inneren Faktor zurückgeführt wurde. Erst SABOURAUD[2] sprach seine Meinung darüber klar aus, indem er behauptete, daſs die Blasenbildung eine der durch die Ansiedelung des Streptococcus hervorgerufenen Krankheitsformen sei.

KAPOSI versteht unter Pemphigus eine Krankheit, deren Wesen in einer Blaseneruption mit wiederholten Rezidiven besteht, und trennt von diesem Begriffe des eigentlichen (chronischen) Pemphigus gänzlich die akuten Fälle (Pemphigus acutus adultorum PONTOPIDAN). Und doch läſst es sich schwer mit Sicherheit beurteilen, ob im Verlaufe dieser beiden Krankheiten, d. h. des akuten und chronischen Pemphigus, ein wesentlicher Unterschied besteht. Die Eruption begleiten in beiden Fällen Allgemeinerscheinungen, wie Schüttelfrost, Fieber, allgemeines Schwächegefühl u. dgl., und die Dauer ist in beiden Fällen länger oder kürzer. Deshalb sind auch alle Autoren darin einig, daſs sie einen Pemphigus akut nennen, dessen Blaseneruptionen, wenn auch wiederholt, doch schnell ablaufen und höchstens in einigen Wochen entweder gänzlich abheilen oder letal endigen, — als chronisch dagegen diejenigen Fälle bezeichnen, bei welchen die Blaseneruptionen in verschieden groſsen Zeitintervallen erfolgen und die Krankheiten auf Monate und sogar Jahre hinaus ziehen. Ich bin aber nicht der Meinung, daſs das Moment der Dauer allein nebst gleichen Allgemeinerscheinungen und gleicher Form einen wesentlichen Grund biete, diese Krankheiten voneinander förmlich zu trennen — zumal wenn man erwägt, daſs der Verlauf sowohl dieser wie jeder anderen Krankheit von sehr vielen Nebenbedingungen beeinfluſst werden kann: sei es ungenügende oder gar das Fehlen jeder Behandlung, oder eine begleitende, schon vorher existierende oder im Verlaufe entstandene und komplizierende Krankheit — alles Umstände, welche den Verlauf der Krankheit verkürzen oder verlängern können. Es erscheint somit fast

[1] Verhandl. d. V. deutsch. dermatol. Kongress. 1895.
[2] Kongreſs englischer Ärzte in Cheltenham. 1901.

unmöglich, auf Grund der Verlaufsdauer allein diese Krankheit in eine akute und chronische Form zu trennen und dürften als letztere (chronische) Form nur diejenigen Fälle gelten, welche in durch symptomlose Unterbrechungen getrennten Rezidiven auftreten.

Um endlich einen möglichst klaren klinischen Begriff zu gewinnen, halte ich mich an die Definition UNNAS,[3] welcher als Pemphigus nur diejenigen Fälle auffaſst, bei welchen die Blasen mit klarem, nicht eiterigem Inhalte auf der nur wenig geröteten Haut auf verschiedenen Körperstellen einzeln oder in periodischen Eruptionen auftreten, niemals Gruppen oder Ringe bilden, höchstens symmetrisch geordnet sind und fast ganz ohne subjektive Erscheinungen.

Angesichts so vieler in dieser Frage herrschenden Zweifel ist es von groſser Wichtigkeit, einen jeden Krankheitsfall, in dessen Verlaufe Blasen auftreten — nachdem derselbe histologisch und bakteriologisch untersucht worden ist —, zu veröffentlichen, denn nur die genaue Beobachtung und Untersuchung eines jeden Falles, in welchem Pemphigus diagnostiziert wurde, kann zur Aufklärung dieser Frage beitragen.

Der von mir in der Klinik des Herrn Prof. REISS beobachtete Fall bietet sowohl in Bezug auf seinen klinischen Verlauf, wie auf die histologischen und bakteriologischen Befunde so interessante Einzelheiten, daſs die Entstehung und Ursache der Erkrankung durch dieselben klar wird, und glaube ich, durch die Schilderung dieses Falles die Ätiologie des Pemphigus überhaupt etwas beleuchten zu können.

J. A., 18 Jahre alt, beschäftigungslos, meldete sich in die Klinik am 28. Oktober 1901. Laut Angabe soll er im Januar 1901 einen Scharlach mit akutem Verlauf gehabt haben, in der zweiten Woche der Krankheit wurde Eiweiſs im Urin gefunden, in der dritten Woche traten an verschiedenen Körperstellen auf der Haut wie auch der Schleimhaut der Mundhöhle (Innenseite der Wange, Zunge, Gaumen) groſse Blasen auf. Die Blasen erschienen in ungleichen Zeiträumen, erreichten eine beträchtliche Gröſse und ihr Erscheinen war stets von hohem Fieber begleitet. So verlief die Krankheit bis zur Aufnahme des Patienten in die Klinik.

Die erste Untersuchung in der Klinik ergab folgendes: Die behaarte Kopfhaut mit zahlreichen dicken Krusten bedeckt, auf dem Gesichte neben kleinen, impetiginösen Krusten einige Blasen von verschiedener Gröſse, teils geöffnet, teils mit klarer Flüssigkeit gefüllt, welche ihre Wandung spannte. Auf den oberen und unteren Extremitäten talergroſse, mit Borken bedeckte Stellen, nach deren Entfernung sich nässende Flächen zeigten. Hier und da auf den Extremitäten ein kleines Bläschen oder der Rest einer Blasenwand neben einer Kruste. Auf den Händen, und

[3] Histopathologie der Haut. 1894.

zwar sowohl auf der Hohlhand wie auf den Fingern, besonders auf der Volarseite, gut erhaltene Bläschen, das Epithel in großen Stücken desquamierend, hier und da eine nässende Fläche.

Das Krankheitsbild schien also klar zu sein: Auf dem Kopfe und

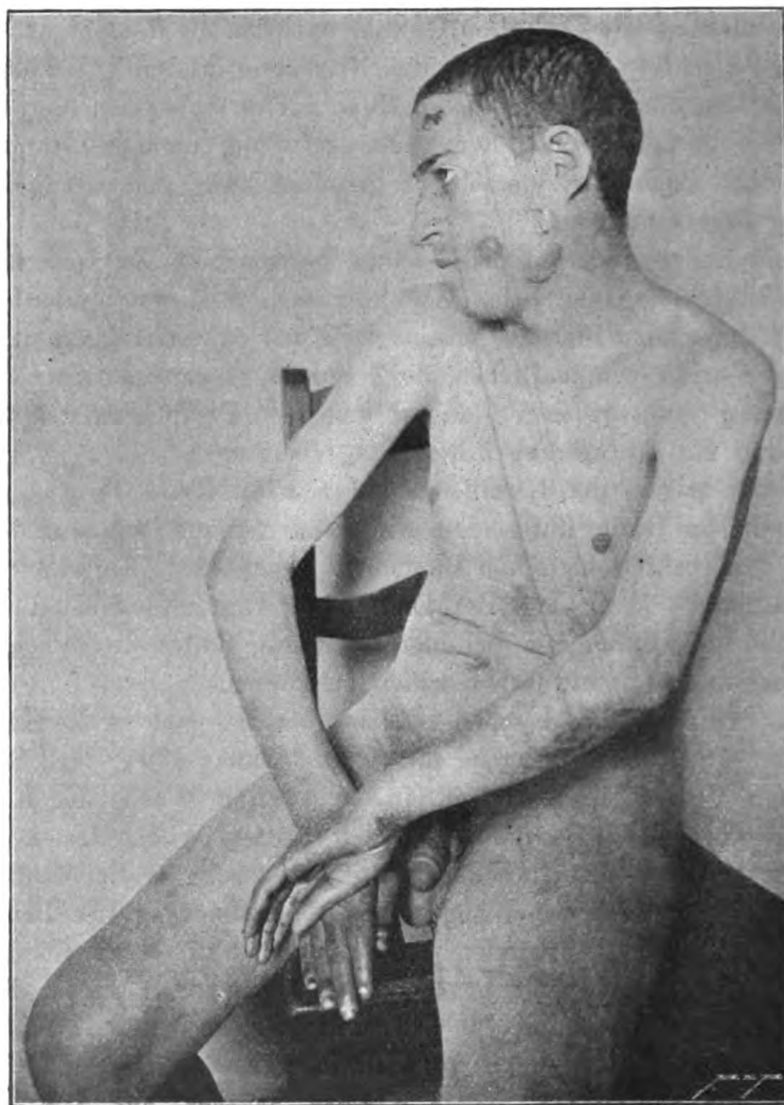


Fig. 1. Photographie des Kranken nach der Reinigung der Haut. — Auf dem Gesichte große Blasen, auf den Extremitäten deutliche Spuren von Ecthymaefflorescenzen, auf dem Rumpfe und den unteren Extremitäten Erytheme.

dem Gesichte die Erscheinungen der Impetigo vulgaris, teils in der Form der charakteristischen Krusten, teils der erhaltenen Blasen, die vielleicht etwas größer waren als sie gewöhnlich zu sein pflegen; auf den Extremitäten — ganz übereinstimmend mit früheren Bildern — Ecthyma vul-

gare, nebst erhaltenen kleineren Blasen. Die Haut des Rumpfes bot fast keine Veränderungen.

Auf Grund dieser Befunde wurde die Diagnose gestellt: Ecthyma vulgare. Diese Diagnose stand in keinerlei Widerspruch mit dem ganzen, obwohl schon 8 Monate dauernden Krankheitsverlauf, denn die von aufsen her einmal erfolgte Infektion irgendwelcher Hautstelle verbreitete sich augenscheinlich immer weiter, indem sie immer neue Stellen befiel. Die frühere Behandlung der Krankheit mufs freilich eine sehr mangelhafte gewesen sein, was sich schon aus dem Umstande ergibt, dafs der Kopf des Patienten mit dicken Borken bedeckt war, welche eine reiche Quelle für immer erneute Infektionen bildeten.

War aber der Fall bis zu diesem Augenblicke klar und schien derselbe der Diagnose keine besonderen Schwierigkeiten zu bieten, so mufste doch sein weiterer Verlauf und die spätere Gestaltung der Veränderungen manche Zweifel auftauchen lassen und sogar die Diagnose überhaupt erschüttern — schon aus dem Grunde, dafs solche Fälle nicht häufig vorkommen und selten in ihrem ganzen Verlaufe beobachtet werden.

Nachdem die behaarte Kopfhaut gereinigt und die Krusten vom Kopf und den zerstreuten impetiginösen und ecthymatösen Efflorescenzen entfernt und die gespannten Blasen geöffnet wurden, konnte man eine Exacerbation der Erscheinungen bemerken. Auf dem Gesichte und den Extremitäten entstanden frische Blasen, auf dem Rumpfe wenig erhabene Erytheme von verschiedener Gestalt, auf welchen hier und da in Ring- oder Kreisausschnittform kleine Bläschen auftraten, während die Blasen auf dem Gesichte und den Extremitäten von einem roten Saum umgeben waren und eine beträchtliche Gröfse erreichten (etwa Handgröfse eines Neugeborenen). Auf der Hohlhand und den Fingern traten ebenfalls frische, bald kleine Bläschen, bald grofse, durch den Inhalt stark gespannte Blasen auf.

Diese nach dem Reinigen der Haut und der Entfernung der Borken erfolgte Exacerbation der Erscheinungen scheint eine natürliche Folge der Weiterverbreitung des Giftes zu sein, welche im Bade durch die Abspülung des unter den Krusten sich befindenden Sekrets zu stande kam.

Der Inhalt der Blasen war — besonders im Anfange — stets klar und wurde erst nach 24—48 Stunden — wenn die Blase nicht eröffnet wurde —, trübe, so dafs man in grofsen Blasen neben der klaren Flüssigkeit an einem Pol eine eiterige durchscheinen sah.

Die Untersuchung sowohl der ersten wie auch der im weiteren Verlaufe entstandenen Blasen ergab, dafs ihr Inhalt flüssig, klar und von gelblicher Farbe war und das Mikroskop zeigte nur eine geringe Zahl von Lymphocyten, darunter sehr spärliche eosinophile Zellen. Nach wiederholter Untersuchung des Inhaltes mehrerer Blasen aus verschiedenen

Körperstellen fand ich nebst den Lymphocyten auch Kokken, entweder zu zwei in Sanduhrform oder in der Form kurzer Ketten. Ich hielt diese Kokken vorläufig (wenn auch nicht mit Sicherheit, da die bakteriologische Untersuchung erst später durchgeführt wurde) für Streptokokken. Nebst diesen bemerkte ich, und zwar nur im Eiter älterer Blasen, auch Staphylokokken.

Ich komme nun auf den Verlauf der Krankheit zurück, deren Geschichte ich aber nicht in Einzelheiten schildern werde, da während derselben keinerlei neue Erscheinungen auftraten, welche auf etwas Neues oder besonders Wichtiges hindeuteten. Es ist nur im allgemeinen festzustellen, dafs während der fünf Monate, welche der Patient in der Klinik zubrachte, die Erytheme und Blasen immer von neuem wieder auftraten, aber in mit der Zeit immer abnehmender Zahl und Gröfse. Das Auftreten der Erytheme und Blasen begleitete stets ein Gefühl von Brennen, Jucken und sogar Schmerz. Auf der Schleimhaut der Mundlippen und der Wangen konnte man des Epithels beraubte, mit diphtheritischem Belag bedeckte Plaques bemerken.

In der ersten Zeit der Behandlung (tägliche Bäder und abwechselnd Ung. Wilkinsoni, Solutio Vlemingkx, 5%ige weifse Präzipitätsalbe, Schwefelsalbe) traten noch hier und da — ohne vorausgehende Erytheme — grofse Blasen auf nebst Erythemen, auf welchen kleinere, flache, zuweilen untereinander zusammenfliefsende Blasen entstanden. Bald aber kam ich dahinter, dafs die auf der Hohlhand und den Fingern immer neu auftretenden Blasen höchstwahrscheinlich den Stoff für immer neue Infektion der Haut lieferten. Ich begann daher dieselben fleifsig mit Ung. Hebrae mit Zusatz von Salicylsäure zu behandeln und es trat in der Folge eine Milderung des ganzen Prozesses ein, sogar die Erytheme traten immer seltener und spärlicher auf. Die Blasen zeichneten sich während des ganzen Krankheitsverlaufes sowohl in Bezug auf ihre Gröfse wie ihren Inhalt stets durch die gleichen Eigenschaften aus, wie solche oben geschildert wurden.

Der Allgemeinzustand des Patienten, der anfangs — besonders in Bezug auf seine Ernährung — ein elender war, besserte sich in dem Mafse, als die Krankheitserscheinungen nachliefsen, so bedeutend, dafs man ihn in der kurzen Zeit, trotz der noch vorhandenen Erscheinungen (besonders Erytheme), als „sehr gut ernährt“ bezeichnen konnte.

Hier soll zugleich einiger Beobachtungen Erwähnung geschehen, welche von dem Grade der Kontagiosität der eben beschriebenen Veränderungen zeugen. Nach der ersten Reinigung der Haut eröffnete ich eine grofse Blase auf der Stirn des Patienten, um deren Inhalt mikroskopisch und bakteriologisch zu untersuchen, und rieb dann das so gewonnene Serum in die aufs sorgfältigste gereinigte Haut des linken Ober-

armes des Patienten ein, deckte die Stelle mit Baumwolle zu und verband sie. Nach etwa 20 Stunden zeigten sich auf der infizierten Stelle zwei bohnengroſse, platte Blasen, welche mit klarer Flüssigkeit gefüllt und von einem roten Saum umgeben waren. Eine zweite Beobachtung: Bei einem anderen Patienten, welcher mit meinem Kranken in näherer Berührung stand, zeigten sich auf der Ohrmuschel ähnliche Blasen, welche nach einigen Tagen abheilten.

Um das Krankheitsbild zu ergänzen, ist noch zu erwähnen, daſs im Verlaufe mancher Blasen eine Staphylokokkeninfektion (die Staphylokokken waren leicht nachzuweisen) nicht bloſs der Blasen, sondern auch der darunter liegenden Gewebe eintrat, so daſs nicht nur der bisher klare Blaseninhalt eiterig wurde, sondern sich auch Hautabscesse bildeten. Dies ist übrigens eine Erscheinung, welche im Verlaufe des Impetigo oder des Ecthyma so oft beobachtet wird, und zwar daſs im Verlaufe einer Streptokokkeninfektion eine Staphylokokkeninfektion hinzutritt.

Berücksichtigt man nun den sekundären Verlauf der Krankheit, der nach der sorgfältigen Reinigung der Haut einerseits das Bild des Pemphigus (in Betracht der für diese Krankheit charakteristischen Blasen) bot, andererseits aber an manchen Stellen mit Blasen bedeckte Erytheme (Erythema bullosum) zeigte, — so lieſs sich derselbe mit keiner der bekannten Affektion in Einklang bringen. Bei dem typischen Pemphigus gibt es kein Erythem, das Erythema bullosum aber zeigt keine so groſsen Blasen, wie sie in diesem Falle waren. Obwohl also der Form nach eine von diesen beiden Krankheiten zu diagnostizieren war, so war es doch schwer, sich für die eine oder die andere fest zu entschlieſsen. In Betracht des Polymorphismus blieb es noch übrig, an die DUHRINGsche Krankheit zu denken, zumal die verschiedenförmigen Erytheme nebst subjektiven Begleiterscheinungen (Schmerz, Brennen, Jucken) dafür sprachen, — doch lieſs allein schon der Anblick der kleinen, platten, mehr länglichen als runden Bläschen, deren Oberfläche sich leicht runzelte, auch dieses letzte Leiden ausschlieſsen. Es muſste also der genauen histologischen und bakteriologischen Untersuchung des Inhaltes und der Struktur der Blasen überlassen werden, über das Wesen dieser Krankheit Aufschluſs zu geben und zugleich die erste Diagnose: Streptococcia cutis chronica zu bekräftigen.

Die histologische Untersuchung wurde an zwei auf gröſseren Erythemen liegenden, aus der Haut des Vorderarmes mehrere Stunden nach ihrem Erscheinen ausgeschnittenen Blasen vorgenommen. Ich war gleich bemüht, mit Hilfe entsprechender Färbemethoden (meist nach UNNA) nicht bloſs ein anatomisches Bild der veränderten Gewebe zu gewinnen, sondern auch zugleich das Vorhandensein bezw. das Fehlen von Mikroorganismen festzustellen. Zu diesem letzteren Zwecke bediente ich mich mit bestem

Erfolg der GRAMschen Methode mit der Modifikation UNNAS und dessen polychromen Methylenblau und Entfärbung mit einer Glycerinäthermischung.

Die ausgeschnittenen Bläschen waren gerunzelt und mit klarer Flüssigkeit gefüllt. Das Mikroskop zeigt, daſs die Blasenhöhle unter dem Epithel liegt, so daſs sämtliche Epithelschichten die Decke, die entblöſsten, in die Flüssigkeit hineinragenden Papillen den Grund der Blase bilden. Die Papillen zeigen dabei ein bedeutendes seröses Ödem und sind mit Lymphocyten infiltriert. Die Gefäſse der Papillen und der eigentlichen Haut sind erweitert, ihre Adventitia enthält eine etwas gröſsere Menge Zell-

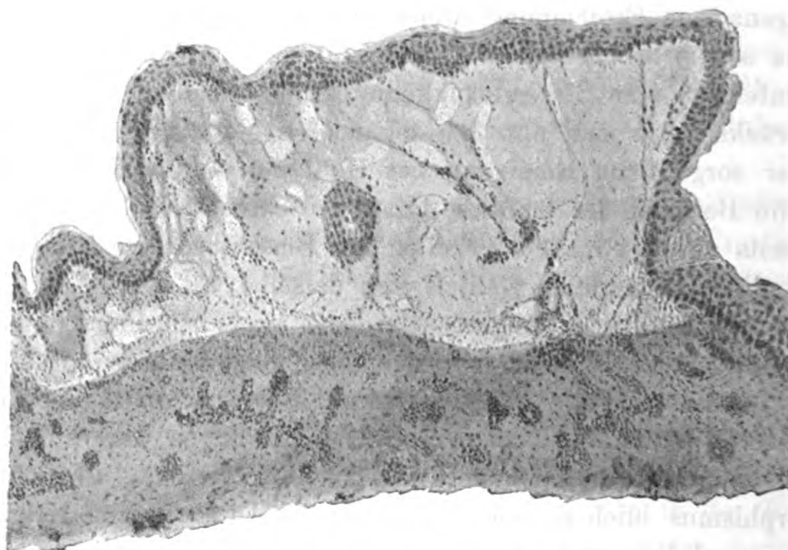


Fig. 2. Ein Bläschen von einem Erythem umgeben. Vergröſs.: ZEISS. Oc. 1. Ob. AA. — Färbung: neutrales Orcein, polych. Methylenblau, Glycerinäthermischung.

elemente und die Endothelzellen mancher Gefäſse sind gröſser, ödematös. Den Inhalt der Blase bildet eine geronnene Flüssigkeit mit einem nicht groſsen Gehalt an Fibrin und spärlichen Lymphocyten. An manchen Stellen sieht man in der Blasenhöhle einen entblöſsten Haarbalg.

Das die Blase umgebende Erythem zeigt gleichfalls in den Papillen seröses Ödem und eine ganze Zahl Lymphocyten; an manchen Stellen war das Epithel von den Papillen gänzlich getrennt und derartig abgehoben, daſs es anatomisch den Eindruck machte, als wenn dies das Anfangsstadium der Bildung einer Blase wäre.

Von sonstigen Veränderungen zeigte das Epithel nur noch etwas erweiterte Intercellularräume und in denselben hier und da Lymphocyten.

An den Fibrinfasern zeigten manche Präparate Haufen von Kokken, ganz denjenigen ähnlich, welche ich bei der Untersuchung der Flüssigkeit der Blasen sah. Dieselben machten keineswegs den Eindruck von Staphylokokken, sie sahen im Gegenteil vielmehr Streptokokken ähnlich, obwohl solche an Schnitten nicht mit Sicherheit zu erkennen sind.

Das anatomische Bild der Blase entsprach also in diesem Falle nicht demjenigen, welches die meisten Autoren bei Pemphigus darstellen. Am häufigsten sieht man bei Pemphigus die Blasen zwischen der Hornschicht des Epithels und der MALPIGHIschen Schicht, — in unserem Falle aber waren sämtliche Epithelschichten von der Cutis getrennt. Wir wissen aber zugleich, dafs betreffs der Bildungsstelle der Blasen in dem Epithel die Anschauungen der Autoren so auseinandergehen, dafs aus der Lokalisation der Blasenhöhle keineswegs auf die Art der Affektion gefolgert werden kann.

Auch entspricht das oben geschilderte Bild der Blasen — hinsichtlich ihrer Lokalisation — nicht den klassischen Beschreibungen des Ecthyma (UNNA, SABOURAUD). Dies erklärt sich durch den Umstand, dafs infolge der längere Zeit andauernden Infektion die Widerstandskraft der Haut herabgesetzt wurde, so dafs das Gift tiefer als gewöhnlich eindringen und daher auch tiefere Blasen hervorrufen konnte. Allein aber der Umstand, dafs die Desinfizierung der Haut von so günstigem Einflusse auf den Krankheitsverlauf war, genügt, um in diesem Falle die Veränderung nicht auf irgend einen inneren Faktor, sondern auf eine von aufsen her erfolgte Infektion zurückzuführen.

Die bakteriologische Untersuchung nahm ich fünfmal in verschiedenen Stadien der Krankheit und an verschiedenen Blasen vor — in der von SABOURAUD[4] empfohlenen Weise. Ich zog nämlich aus der mittels einer gläsernen Pipette angestochenen Blase etwas von ihrem Inhalte ein, füllte die Pipette mit Bouillon und Serum zu gleichen Teilen und brachte sie in den Thermostat bei 37° C. Nach mehreren Stunden untersuchte ich den Gehalt des Nährbodens und fand jedesmal Streptokokken in ihren typischen Formen, sowohl in den mikroskopischen Präparaten, wie auch in den Kulturen, nachdem ich dieselben vom ersten flüssigen auf feste Nährböden übertrug.

Diese Untersuchungen wiederholte ich — wie schon oben erwähnt — mehrmals während des fünfmonatlichen Aufenthaltes des Patienten in der Klinik, und zwar sowohl gleich nach der Aufnahme des Patienten, wie auch in den späteren Stadien der Krankheit, und ich legte Kulturen an aus dem Inhalte sowohl grofser als auch kleiner, auf Erythemen sitzender

[4] Étude clinique et bactériologique de l'impetigo. *Annal d. dermat. et syphil.* 1900.

Bläschen, — in einem Falle aus einem erst im Werden begriffenen Bläschen, so daſs ich kaum einen Tropfen Flüssigkeit gewinnen konnte.

Nebst den Streptokokken fand ich in den Nährböden gewöhnlich auch Staphylokokken (Staphylococcus aureus et albus); dazu ist aber zu bemerken, daſs die Oberflächen der Blasen bloſs durch Begieſsen mit einer Mischung von Alkohol und Äther gereinigt wurden.

So sprachen also das klinische Aussehen der Veränderungen und die histologische Untersuchung dafür, daſs wir es in diesem Falle mit einer der unter dem Namen Pemphigus bekannten Krankheitsformen zu tun haben, der klinische Verlauf dagegen mit Berücksichtigung der Therapie, und die bakteriologische Untersuchung lieſsen den ganzen Krankheitsprozeſs auf eine Streptokokkeninfektion zurückführen, welche anfangs die Erscheinungen eines Ecthyma hervorrief, später zur Bildung von verschieden groſsen Blasen und Erythemen führte. Erwägt man den ganzen späteren Verlauf der Krankheit, so kann man freilich zum Schlusse gelangen, daſs derselbe zum groſsen Teile dem eines chronischen Pemphigus entspricht, — obwohl das Krankheitsbild im Anfange vielmehr dem einer Impetigo vulgaris und Ecthyma ähnlich war. Ich vergleiche unseren Fall deshalb nur mit den Fällen des chronischen Pemphigus, weil die bisher beschriebenen Fälle von akutem Pemphigus gewöhnlich nur kurz dauerten, während in unserem Falle schon die Dauer allein für seinen chronischen Charakter sprechen dürfte. Die akuten Fälle von Pemphigus, auf die ich noch unten zurückkomme, gingen stets schnell entweder in Heilung oder in Tod über und hatten nie den Charakter eines lang dauernden Leidens. Demnach dürfte man mit einigem Recht den Schluſs ziehen, daſs in diesem Falle ein Pemphigus auf dem Boden einer chronischen Streptokokkeninfektion sich entwickelt hat.

Im Verlaufe dieses Falles waren aber auch Stadien, in welchen keine Blasen, sondern bloſs Erytheme sich bildeten; endlich schwanden auch diese, — als aber der Patient seine Hände, auf welchen noch immer Blasen entstanden, nicht fleiſsig verband, traten bald die Erytheme und sogar kleine Blasen wieder auf. Hätte man also der Reinigung der Hände weniger Aufmerksamkeit geschenkt, so wären immer neue, den früheren ähnliche Eruptionen zu stande gekommen und der ganze Verlauf würde in der Folge noch mehr den Eindruck eines chronischen Pemphigus gemacht haben. Ist nun die Ätiologie der Veränderungen bekannt, so wird es auch leicht begreiflich, daſs die Infektion von der infizierten Stelle aus auf immer neue Stellen, sei es mittelbar oder unmittelbar, übertragen werden konnte. Die Infektion selbst nahm also einen chronischen Charakter an, indem sie sich im Laufe von fünf Monaten von Stelle zu Stelle ununterbrochen fortpflanzte.

Die Fälle von akutem Pemphigus, wie sie in der neuesten Literatur

(JARISCH,[5] BROCQ[6]) beschrieben wurden, stellten einen kurzen, akuten Verlauf dar und gingen nicht selten in einigen Tagen in Tod aus, wie in den Fällen von PERNET,[7] PRIESTLEY[8] u. a., oder sie heilten in ebenso kurzer Zeit. In vielen Fällen ist der unter Fieber und anderen akuten Begleiterscheinungen erfolgten Blaseneruption eine Schädigung der Haut vorangegangen, wie dies von PERNET, TAYLOR,[9] HADLEY und BULLOCH[10] u. a. hervorgehoben wurde; in anderen Fällen traten die Blasen nach akuten Fieberkrankheiten, wie in den Fällen von HUTCHINSON,[11], HAEUBLER[12] u. a. auf. Manche Autoren beschreiben endlich das epidemische Auftreten des akuten Pemphigus (JONSON,[13] KOEHLER,[14] HAEUBLER). Einen sehr charakteristischen Fall beschreibt FALLER:[15] Bei einem Kinde traten auf der Haut und und Schleimhaut Blasen auf, welche als Pemphigus erkannt wurden; bald darauf wurde bei einem anderen, nebenan liegenden Kinde ein Impetigo vulgaris erkannt. Daraus kann leicht gefolgert werden, daſs eine und dieselbe Ursache bei einem Individuum die Symptome eines Pemphigus, bei einem anderen die eines Impetigo vulgaris hervorrufen kann.

Die Ätiologie des Pemphigus überhaupt ist noch ganz unbekannt. Die meisten Autoren führen diesen Krankheitsprozeſs auf innere Ursachen zurück und nur ausnahmsweise gelang es, Mikroorganismen zu finden, welche man für dieses Leiden verantwortlich machen könnte. Diesbezügliche Untersuchungen wurden hauptsächlich in Fällen von akutem Pemphigus vorgenommen.

In einem Falle von akutem Pemphigus bei einem Erwachsenen fand zuerst DEMME[16] Diplokokken, welche auf Nährböden von Staphylokokken differente Kulturen darstellen und in die Lungen von Meerschweinchen injiziert Pneumonie erzeugten. Später wurden ähnliche Kokken auch von ALLEN,[17] BLEIBTREU,[18] PERNET, HADLEY und BULLOCH gefunden. TÖRÖK,[19]

---

[5] Die Hautkrankheiten.

[6] La pratique dermatologique. T. III.

[7] Ein Fall von Pemphigus acutus mit tödlichem Ausgange. (*Brit. med. Journ. of Derm.* 1895 u. 1896.)

[8] Akuter Pemphigus. (*Brit. med. Journ.* 1894.)

[9] Hautausschläge, auf der Basis infizierter Wunden entstehend. (*Brit. med. Journ.* 1897.)

[10] Ein Fall von akutem Pemphigus. (*Lancet.* 1899.)

[11] Ein Fall von akutem herpetischem Pemphigus. (*Arch. of Surgery.* 1899.)

[12] Über einen Fall von Masern, kombiniert mit Pemphigus acutus. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1900. No. 33.)

[13] *Lancet.* 1897.

[14] Über die Diagnose und Pathogenese akuter Blasenbildungen der Haut nebst kasuistischem Beitrag zur „Febris bullosa“. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1899. No. 5 u. 6.)

[15] Impetigo contagiosa bullosa, Pemphigus vortäuschend. (*Amer. Journ. of Derm.* Januar 1900.)

[16] Über Pemphigus acutus. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1886.)

[17] Fall von Pemphigus acutus s. febrilis. (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1888. No. 4.)

[18] Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus acutus. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893. No. 28 u. 29.)

[19] Verhandlungen der dermatologischen Gesellschaft Budapest, Januar 1896.

KOEHLER, BELLEI[20] u. a. züchteten in Fällen von akutem Pemphigus aus dem Inhalte der Blasen Staphylokokken und schrieben denselben eine mehr oder weniger spezifische Bedeutung zu, MUNRO[21] erhielt kleine Kokken, welche Diplokokken bildeten, und nannte sie Micrococcus vesicans.

Den DEMMEschen Kokken ähnliche Diplokokken fand DÄHNHARDT[22] in einem Falle von chronischem (11 Monate dauerndem) Pemphigus. Die Kokken wurden nämlich auch im Blute des Patienten gefunden und zeichneten sich dadurch aus, daſs sie charakteristische Kulturen lieferten, welche bei Impfungen lokale Eiterung hervorriefen. SORMANI[23] betrachtet gleich TOMMASOLI den Pemphigus als einen parasitären Krankheitsprozeſs, indem er eine durch Leukomaine hervorgerufene (chronische) und eine durch Mikroorganismen bewirkte (akute) Form unterscheidet, zugleich aber behauptet, daſs die Blasen die Folge trophoneurotischer Wirkungen sind, welche durch die von den Mikroorganismen erzeugten Toxine veranlaſst werden.

Ich habe diese wenigen Anschauungen angeführt, um sie der allgemein herrschenden Meinung, daſs dem Pemphigus innere Faktoren zu Grunde liegen, gegenüberzustellen. Dieser Meinung, die sich so allgemein eingebürgert hat, ist es zu verdanken, daſs die bakteriologischen Untersuchungen in diesem Teile der Dermatologie (die bullösen Dermatitiden überhaupt) so mangelhaft sind.

Es ist auch nicht meine Absicht, hier darüber zu entscheiden, welche Ursache dem chronischen Pemphigus zu Grunde liegt, ferner ob seine Ätiologie überhaupt eine einheitliche ist, endlich, ob das dieses Leiden bewirkende Agens immer dasselbe ist; ich will bloſs aus dem oben geschilderten Falle die sich von selbst ergebenden Schluſsfolgerungen ziehen.

Vor allem ist also festzustellen, daſs die keinem Zweifel unterliegende Streptokokkeninfektion in diesem Falle sich durch ein dem Pemphigus am meisten ähnliches Krankheitsbild manifestierte, daſs nämlich die Blasen sich durch nichts von denjenigen bei Pemphigus unterschieden, daſs folglich eine Streptokokkeninfektion dieselben Blasen hervorrufen kann, welche den Pemphigus charakterisieren.

Die Erytheme, welche das Krankheitsbild komplizierten, sind auf keinerlei innere Faktoren, sondern — wie dies die histologischen und

---

[20] Über einen Fall von septischer pemphigoider Dermatitis und über die Eigenschaft, des Staphylococcus pyog. aur. Hämorrhagien zu verursachen. (*Morgagni*. 1900. No. 3.)

[21] Pemphigus contagiosus. (*Brit. med. Journ.* 1899.)

[22] Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus chron. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1887. No. 32.)

[23] Bemerkungen und Betrachtungen über zwei Fälle von Pemphigus. (*Giorn. ital. d. mal vener. et d. pell.* 1891. IV.)

bakteriologischen Untersuchungen bewiesen — gleichfalls auf die Einwirkung der Streptokokken zurückzuführen, und zwar als ein dem Auftreten der Blasen vorangehendes Krankheitsstadium der Haut zu betrachten.

Angesichts solcher Beobachtungen[24] darf man wohl die bisher veröffentlichten Fälle von chronischem Pemphigus mit einem gewissen Mifstrauen anschauen, besonders wenn man aus denselben die Fälle von DUHRINGscher Krankheit ausschliefst, welche wahrscheinlich von allen als eine besondere, durch innere Ursachen hervorgerufene Infektion aufgefafst wird.

Ferner mufs aus eben denselben Gründen festgesetzt werden, dafs sowohl Erythema wie auch Pemphigus der Schleimhäute durch eine Streptokokkeninfektion erzeugt werden können — was bei der Beurteilung der Pemphigusfälle von nicht geringem Gewichte ist.

Und daraus ist wohl leicht, den Schlufs zu ziehen, dafs in jedem Falle von Pemphigus, bei welchem die DUHRINGsche Krankheit ausgeschlossen wurde, die Diagnose erst dann mit voller Sicherheit gestellt werden darf, nachdem die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes genau durchgeführt worden ist.

Endlich sei mir noch eine Bemerkung gestattet betreffs der Benennung dieser Krankheit. Mit Rücksicht auf die nunmehr bekannte Ätiologie kann ich sie nicht Pemphigus chronicus nennen; auch möchte ich sie nicht — um Verirrungen nicht Platz zu geben — als pemphigusähnlich (Pemphigoides) bezeichnen. Als am meisten zutreffend erscheint mir die Benennung „Dermatitis bullosa streptogenes chronica", weil diese Bezeichnung am klarsten spricht, dafs wir in diesem Falle mit einer durch Blasenbildung sich manifestierenden Hautentzündung zu tun haben, welche durch eine von aufsen her erfolgte Streptokokkeninfektion hervorgerufen wurde.

Zuletzt will ich noch an dieser Stelle dem Herrn Professor REISS für das mir zur Verfügung gestellte Krankenmaterial meinen herzlichsten Dank aussprechen.

---

[24] Vor zwei Jahren beobachtete ich einen ähnlichen Fall, bei welchem eine Impetigo vulgaris allmählich in einen Pemphigus überging. Ich habe den ganzen Verlauf dieses Falles nicht verfolgt; bemerkenswert ist es doch, dafs ich bei zweimaliger bakteriologischer Untersuchung des Blaseninhaltes beide Male Streptokokken gefunden habe.

Einige Bemerkungen zur Behandlung der Furunculosis.

Von

Dr. MORITZ COHN-Hamburg.

Im allgemeinen ist der Furunkel eine harmlose Erkrankung, solange er nicht die Form des Karbunkels annimmt. Doch kann auch der erstere zu ernsteren Störungen des Allgemeinbefindens führen, sobald er in gröſserer Zahl und in häufigen Nachschüben bei ein und derselben Person auftritt. Der Patient hat sich meistens schon mit Pflastern behandelt, bevor er zum Arzt geht, und dieser ist gewöhnlich zum Schneiden geneigt, womöglich mit Kreuzschnitten. Eine Behandlungsmethode, die auch ich jahrelang angewendet habe, nicht immer mit gutem Erfolge. Denn gerade bei den langwierigen Nachschüben verliert der Patient die Geduld und bleibt aus der Behandlung fort.

Nun wollte es der Zufall, daſs ich selbst im Mai v. J. an einer heftigen Lymphangitis und Lymphadenitis des rechten Oberschenkels erkrankte. Da ich zunächst die Infektionsquelle nicht ermitteln konnte, so bedeckte ich einen groſsen Teil des Oberschenkels mit Quecksilberkarbolpflaster. Als ich dieses am nächsten Tage entfernte, hatte sich an der Auſsenseite des Oberschenkels ein etwa kleinapfelgroſser Karbunkel gebildet, welchen ich mir sofort mit Kreuzschnitten inzidierte. Nunmehr fiel mir ein, daſs ich einige Nächte vorher infolge eines Flohstiches an dieser Stelle heftiges Jucken verspürt und mich daher dort gekratzt hatte. An dem fraglichen Tage hatte ich einen Furunkel, ein Panaritium und eine Phlegmone geschnitten. Ich erwähne dies aus dem Grunde, weil ich glaube, daſs ich mich mit meinem eigenen Fingernagel beim Kratzen infiziert habe; andererseits scheint es mir aber nicht ausgeschlossen, daſs der Floh der Überträger der Staphylokokken gewesen ist. Es wäre meiner Meinung nach immerhin eine dankbare Aufgabe der Bakteriologen vom Fach, wenn sie uns darüber Aufschluſs geben würden, inwieweit der Floh in der Verbreitung gewisser Bakterienarten eine Rolle spielt. Wenn auch nicht so ausgesprochen, wie bei den Plasmodien der Malaria, so glaube ich doch, daſs auch bei eitrigen Prozessen unter Umständen ein Parasit der Zwischenträger der Kokken sein kann. Der Karbunkel heilte in etwa vier Wochen unter feuchten Verbänden aus, als ich ziemlich plötzlich unter Schüttelfrost, Erbrechen und Fieber an einer allgemeinen Furunkulosis erkrankte. Ich wurde bettlägerig und von meinen Kollegen zunächst gründlich mit dem Messer behandelt. Da ich jedoch bald einsah, daſs

die trockenen ebenso wie die feuchten Verbände bei mir reichlich Ekzem hervorriefen und im Anschlufs daran neue Furunkel entstanden, so nahm ich von dieser Behandlungsart Abstand und liefs mich auf dermatologische Weise nach Arning mit dem Paquelin und Salicylseifenpflastern behandeln. Quecksilberkarbolpflaster und graue Salbe erzeugten so heftige Dermatitis, dafs sie höchstens zwei Tage lang angewendet werden konnten. Nach Ablauf von vierzehn Tagen war ich so weit wiederhergestellt, dafs ich unter grofsen Schmerzen und mit über zwanzig Furunkeln bedeckt die Praxis wieder aufnehmen konnte. Sechs Wochen lang setzte ich dann diese Behandlung fort mit dem Erfolg, dafs die Haut immer reizbarer und die Zahl der Furunkel eine immer gröfsere wurde, ohne dafs Bäder und Schwefelsalbeneinreibungen einen Erfolg aufzuweisen hatten. Hefe erwies sich als vollständig nutzlos.

Hätte ich damals (es war inzwischen Anfang August geworden) nach Nenndorf abreisen können, so wäre ich wohl nicht auf die Therapie gekommen, welche sich mir besonders bewährt hat. Allein mein Allgemeinbefinden war zum Reisen zu schlecht und Berufspflichten kamen hinzu, so sagte ich mir, wenn das Schwefelbad wirkt, mufs auch das Ichthyolbad wirken, und wenn Quecksilber nicht vertragen wird, so wird es vielleicht mit dem Silber gehen, welches doch neuerdings gegen entzündliche und eiternde Prozesse so warm empfohlen wird. Ich liefs mir daher von der Ichthyolgesellschaft ein gröfseres Quantum Ichthyol kommen und eine Salbe, welche als wirksamen Bestandteil 1—10% Ichthargan enthielt. Die Wirkung war eine überraschende. Täglich wurde ein warmes Bad mit 60 g Ichthyol genommen und hinterher jeder frische Furunkel mit 10%iger Ichthargansalbe eingerieben. Bei den älteren Furunkeln, welche bereits zu gröfseren Substanzverlusten geführt hatten, war ich anfangs sehr zaghaft und behalf ich mich bei diesen zunächst noch mit Salicylseifen- resp. Zinkpflaster. Als ich jedoch einige Wochen später nach Nenndorf fuhr und hier im ganzen noch 19 Schwefelbäder nahm, liefs ich auf Anraten eines Kollegen alle Pflaster und Salben fort, mufste jedoch bald die Erfahrung machen, dafs ich die Ichthargansalbe nicht entbehren konnte; denn es stellte sich an den verschiedensten Körperstellen, wo bis dahin zum Teil noch gar kein Furunkel gewesen war, heftiger Juckreiz ein und etwa 6 bis 24 Stunden später warf sich hier ein Furunkel auf. Wendete ich dagegen rechtzeitig die Ichthargansalbe an, so konnte ich mit Sicherheit darauf rechnen, dafs der Furunkel abortieren würde. Die gröfseren Substanzverluste heilten dagegen durch die Schwefelbäder allein ohne jedes Pflaster aus. Nach Schlufs der Badesaison verliefs ich Nenndorf nicht wesentlich besser, als ich es aufgesucht hatte. Die Neigung zu frischen Furunkeleruptionen bestand noch, trotzdem ich dort circa 25 Liter Schwefelwasser getrunken hatte. Infolgedessen sah ich mich gezwungen,

zu Hause die Ichthyolbäder wieder aufzunehmen und die Ichthargansalbe weiter zu gebrauchen. Hierbei stellte sich im Laufe der Zeit ein Übelstand heraus, dafs selbst 5%ige Ichthargansalbe in der Analfalte und am Perineum, ferner am Skrotum längere Zeit angewendet stark reizend und ekzembefördernd wirkte, welche Störung jedoch leicht durch eine 1%ige Ichthyolpaste zu beseitigen war. Es blieb daher nichts anderes übrig, als an diesen Stellen jeden Furunkel nach dem Vorschlage von ARNING auszubrennen und hinterher eine milde Salbe anzuwenden; während ich am ganzen übrigen Körper ohne jeden Schmerz durch 1%ige Ichthargansalbe von meiner Krankheit geheilt wurde. Als Übelstand mufs ich noch hervorheben, dafs es nicht gelingt, die schwarzen Silberflecke aus der Wäsche wieder zu entfernen, worauf man den Patienten am besten vorher aufmerksam macht.

Nachdem ich nunmehr wiederholt in letzter Zeit auch bei anderen Patienten Furunkel und Entzündungsprozesse unter Ichtharganbehandlung relativ rasch habe zurückgehen sehen, so fühle ich mich veranlafst, die Kollegen darauf hinzuweisen, das Mittel in geeigneten Fällen nachzuprüfen.

Ich denke mir den Heilungsprozefs etwa folgendermafsen: Das Silber wirkt, wie CREDÉ zuerst bewiesen, auf die Staphylokokken ein, während das Ichthyol die Entwicklung der Streptokokken hemmt und gleichzeitig den Entzündungsprozefs herabsetzt, da ja das Ichthyol auf die Venen kontrahierend einwirkt. Es ist nämlich auffallend, in wie kurzer Zeit oft die Rötung und Schwellung in der Umgebung des Furunkels verschwindet. Meistenteils bildet sich in den ersten Tagen nach der Ichtharganbehandlung auf der Höhe des Furunkels eine kleine Eiterblase, welche sich im Ichthyol- oder Schwefelbad von selbst öffnet oder nach 12- bis 24stündiger Bedeckung mit Salicylseifenparaplast mit dem Pflaster und der Epidermis abgehoben wird. Bei letzterer Behandlungsart ist darauf zu achten, dafs das Paraplast möglichst klein und nicht gröfser als das Bläschen genommen wird, und ebenso soll das deckende Zinkpflaster nicht gröfser als unbedingt nötig sein, da sich nach meiner Erfahrung gerade unter dem Pflaster am leichtesten neue Herde entwickeln. Nach Entfernung des Verbandes ist die Hautstelle sofort mit Benzin und Sublimatlösung zu reinigen, woran sich das Ichthyolbad schliefst.

Weniger als 60 g Ichthyol werden wohl kaum für ein Bad ausreichen, doch glaube ich, dafs die Ichthyolgesellschaft für Badezwecke das Ichthyol den Patienten billiger liefern kann als bisher. Nach der Taxe würde sich sonst das Bad auf etwa 5 Mark stellen, eine Ausgabe, die nicht jeder zu bestreiten in der Lage ist. Bedenkt man andererseits, wie störend für viele eine Kur in Nenndorf ist, so weifs ich nicht, was der einzelne vorzieht. Für unbemittelte Patienten würde ich zu den von

ARNING empfohlenen Creolinbädern unter gleichzeitiger Anwendung der Ichthargansalbe raten.

Was nun die Schwefelbäder angeht, so mufs ich bekennen, dafs dieselben in mancher Beziehung die Ichthyolbäder übertreffen, wenn es dem Kranken seine Zeit und Mittel erlauben, sechs Wochen oder länger in Nenndorf zu bleiben und gleichzeitig Ichthargan angewendet wird. Eine Kur von drei bis vier Wochen, wie ich sie gebraucht habe, reicht nicht aus. Die Kollegen dort verlangen mit Recht einen längeren Aufenthalt. Da dies nicht jedem möglich ist, so müssen wir uns mit den Bädern im Hause behelfen. Der Vorzug der natürlichen Schwefelbäder liegt meines Erachtens darin, dafs sich die Schwefelverbindung im Bade in feinster Gasform auf die Haut niederschlägt und so namentlich bei längerem ruhigem Verweilen im Wasser (ich blieb durchschnittlich $^3/_4$ Stunden darin) Gelegenheit findet, in die Ausführungsgänge der Drüsen einzudringen.

Der Wert der inneren Mittel, welche gegen die Furunkulosis empfohlen worden sind, ist sehr fraglicher Natur. Beginnen wir zunächst mit der stärksten Schwefelquelle Europas, derjenigen von Nenndorf. Ich habe circa 25 Liter in 26 Tagen ausgetrunken; in den ersten drei Tagen nahm ich nur ein kleines Quantum, um meinen Magen daran zu gewöhnen, doch brachte ich es bereits am fünften Tage auf 1100 g, welche ich drei Wochen lang ohne Unterbrechung zu mir genommen habe, bis mich ein alter, erfahrener Kollege warnte, ich solle dasselbe nicht zu weit treiben, um nicht hinterher bleichsüchtig zu werden. Irgendwelchen Nutzen zur Verhütung neuer Eruptionen kann ich demselben, wie aus obigem hervorgeht, nicht beimessen, dagegen scheint es weder meinem Magen, noch meiner Blutbeschaffenheit (NB. mein Urin war stets zuckerfrei, was ich auf Ersuchen eines meiner behandelnden Ärzte feststellte, obgleich die Art der Infektion eigentlich von vornherein Diabetes ausschliefsen liefs) geschadet zu haben; nur im Anfang mufs ich zur Vorsicht mahnen, da ich am ersten Tage bereits nach Genufs von 200 g heftige Magenschmerzen bekam, welche ich nie vorher oder nachher gespürt habe. Dagegen wirkt es auf die Darmtätigkeit stark lähmend ein, so dafs dasselbe bei Personen, welche an chronischer Diarrhoe leiden, angezeigt erscheint; ferner in akuten Fällen, in welchen man kein Opium geben will und die diätetischen Mittel versagen. Darüber mich zu äufsern, ob dasselbe auf die Entstehung der Furunkel einen hemmenden Einflufs ausübt, wenn ein gröfseres Quantum als 25 Liter aufgenommen wird, bin ich natürlich nicht in der Lage.

Noch viel weniger als das Schwefelwasser hat sich bei mir die Bierhefe in frischer und trockener Form bewährt. Im Juni habe ich etwa acht Tage lang bis zu sechs Teelöffel frischer Bierhefe pro die genommen

mit dem Erfolge, daſs ich ziemlich viele neue Furunkel bekam und auſserdem Appetitlosigkeit, verbunden mit starken Durchfällen, so daſs ich gezwungen war, die Kur aufzugeben. Im Juli versuchte ich es dann noch einmal mit Levurinose, einer trockenen Bierhefe, mit dem einzigen Unterschied, daſs die Durchfälle ausblieben und nur 3- bis 4 mal täglich Stuhlgang eintrat. Nach Verbrauch von 50 g war mein Appetit jedoch derart vermindert, daſs an eine Fortsetzung der Kur nicht zu denken war. Genützt hat auch sie nichts; ich betone dieses um so mehr, weil ich fürchte, daſs in den Fällen, wo die Bierhefe genützt hat, es sich nur um ein zufälliges Ereignis gehandelt habe, daſs nämlich dieses Mittel gerade zu einer Zeit angewendet wurde, wo von selbst ein Abfall resp. ein Aufhören der Furunculosis eingetreten wäre.

Soll ich nun noch kurz die Behandlung dieser Krankheit zusammenfassen, so empfehle ich folgendes Veıfahren: Von allen inneren Arzneien ist abzusehen. Auſser Regulierung des Stuhlgangs käme höchstens Nenndorfer Schwefelwasser in Frage.[1] Sowie sich durch Schmerz oder auch nur durch Juckreiz an irgend einer Körperstelle eine kleine Rötung oder Schwellung, selbst nur in Form einer einfachen Folliculitis, bemerkbar macht, ist diese je nach ihrer Gröſse mit einer stecknadelkopf- bis bohnengroſsen Menge Ichthargansalbe 2- bis 3mal täglich einzureiben, wobei darauf zu achten ist, daſs die Salbe zunächst in die Umgebung des Furunkels hineingerieben wird und zuletzt erst in diesen selbst, um neue Nachschübe zu vermeiden. Die Vorschrift für die von mir verwandte Salbe ist:

Ichthargan 10,0 (bei sehr empfindlicher Haut oder in leichteren Fällen 5,0)
Aq. dest. 5,0
Glycerin 10,0
Lanolin 35,0
Vaselin fl. 40,0 M. D. S.

In einigen Tagen, manchmal schon nach 24 Stunden, ist die Entzündung wesentlich zurückgegangen und man kann nun je nach Sachlage ein kleineres Quantum derselben oder einer schwächeren Ichthargansalbe einreiben oder ein kleines Salicylseifenpflaster, falls sich ein Eiterkopf gebildet, für 12 bis 24 Stunden auflegen oder falls sich Ekzem bemerkbar macht, eine 1%ige Ichthyolpaste anwenden lassen. Das letztere tritt besonders leicht in der Genitalgegend auf und hier ist Vorsicht am Platze. Infolgedessen ist an dieser Stelle der Platinbrenner nicht zu entbehren, weil zeitweilig die Furunkel nicht genügend lange der Ichtharganwirkung ausgesetzt werden können, zumal sich bei jeder Bewegung durch die

[1] Anmerkung bei der Korrektur: Neuerdings versuche ich innerlich Arsen zu verabreichen, besonders wenn gleichzeitig Ekzem besteht. Über den Wert oder Unwert kann ich einstweilen noch kein Urteil abgeben.

Reibung der Haare auf der gesalbten Fläche ein neuer Reiz dem Entzündungsschmerz hinzugesellt. Das Rasieren hat sich mir nicht bewährt. Ist der Furunkel genügend gebrannt und der Eiter entleert, so genügt zur Nachbehandlung obige Ichthyolpaste. Von der Behandlung mit dem Messer mufs ich im allgemeinen abraten, abgesehen von solchen Fällen, in welchen es sich um apfelgroſse Karbunkel handelt. Dann ist es gewöhnlich für eine Ichtharganbehandlung zu spät, doch kann man durch mehrfaches Einbrennen auch hier das Schneiden und den Wundverband umgehen und mit einem Salicylseifenpflaster und Zinkpflasterbedeckung auskommen. Ferner ist in der ersten Zeit täglich ein Bad unbedingt erforderlich, wenn es die Mittel erlauben, in Form des Ichthyol- oder Schwefelbades. Für Unbemittelte verwende man die von Arning empfohlenen Creolinbäder. Eine Kur in Nenndorf oder anderen Schwefelbädern kann die Behandlung erleichtern, doch rechne man nicht immer auf sicheren Erfolg.

In eigener Sache.

Von

Dr. A. Pappenheim.

In seiner grofs angelegten Experimentalarbeit über die entzündliche Neubildung (*Zieglers Beitr.*, Suppl. V) kommt A. Maximow zu dem Resultat, dafs hierbei die das Dauergewebe liefernden mononukleären Elemente vom Typus der mononukleären Leukocyten, der kleinen und selbst der grofsen Lymphocyten, mit einem Worte alle basophilen ungranulierten lymphoiden Elemente des granulierenden Gewebes gröfstenteils ausgewanderte Blutzellen sind.

Sie wandern entweder direkt ad hoc aus den Gefäfsen aus, oder sie stammen von präformierten lymphoiden Wanderzellen des Gewebes ab, die aber nicht histiogenen Ursprungs, nicht autochthon, sondern ehemals ebenfalls emigriert gewesen sind. Nur zum geringsten Teil werden einkernige, runde Granulationszellen von fixen Stromazellen des Gewebes, Fibroblasten und Clasmatocyten geliefert. Alle diese isomorphen lymphocytenähnlichen Rundzellen werden in eine Gruppe zusammengeworfen und die Pathologie so mit der Bezeichnung „Polyblasten“ bereichert.

Ich kann mir einstweilen, so lange meine eigenen Experimentaluntersuchungen über diese Frage nicht abgeschlossen sind, in methodologischer Hinsicht über die Untersuchungen Maximows kein Urteil anmafsen. A priori durchaus unwahrscheinlich ist dieses Ergebnis ja keinesfalls. Auch Almkvist hat in seiner letzten beachtenswerten Experimentalarbeit (*Virchows Archiv*, 169) schon nach sehr kurzer Zeit im Exsudat des Peritoneums Lymphocyten konstatiert, die dieser kurzen Zeit wegen ausgewandert sein müfsten, wie der Autor annimmt, obwohl Foà (bei Barbacci, *Centralbl. f. allgem. Pathol.*, 1898, Heft VIII, IX) mit ebenso guten Gründen diese einkernigen Zellen auf Bindegewebsproduktion zurückführt. Dafs solche leukocytoiden Zellen aus dem Binde-

gewebe entstehen können, hat MARCHAND ja doch wohl unzweifelhaft dargetan, und auch BORST hat gefunden, daſs gewisse Zellen der Endothel- und Perithelproliferation (Endotheliom, Pseudoleukämie) sich färberisch und morphologisch wie kleine Lymphocyten verhalten, aber unmöglich Blutlymphocyten sein können. Das gleiche[1] könnte von den in die „Gefäſse eingebrochenen" (WEIGERT-Färbung auf Elastin) Rundzellen bei Lymphosarkomen gelten. Andererseits sind ja doch auch ursprünglich vom Embryo die lymphoiden Rundzellen der hämatopoetischen Apparate und Organe aus Bindegewebszellen hervorgegangen, und bei niedersten Tieren ohne solche besonders differenzierten Apparate versorgt allein das retikuläre Gewebe fortwährend das Cirkulationssystem mit entsprechenden Elementen. Warum sollten also beim Säuger nicht auch postembryonal die lymphoiden „polyblastischen" Blutzellen nicht nur tinktoriell und morphologisch, sondern auch funktionell sich gleich verhalten wie die histiogenen Wanderzellen, d. h. Dauergewebe produzieren und sich in fixe Spindelzellen zurückverwandeln können? Dies Resultat wäre in der Tat keineswegs erstaunlich bei der nahen gewebsphylogenetischen Verwandtschaft beider Zellarten; dann wären allein die polynukleären Zellen, d. h. jene gekörnten Zellen mit der bekannten typischen und charakteristischen Kernfigur, die zuerst auf dem Entzündungsschauplatz erscheinen und dann zu Grunde gehen, METSCHNIKOFFS Mikrophagen, ausschlieſslich hämatogenen Ursprungs, denn eine Produktion solcher Zellen von fixem Gewebe ist wohl bisher nicht beobachtet; die Stromazellen bringen nur gröſsere Elemente mit blaſsfärbbaren Kernen hervor, die es nur bis zur polymorphen Kernfigur, nicht aber zu Polynuklearität bringen; auch hat COHNHEIM die Emigration der Mikrophagen unzweifelhaft dargetan. Die mononukleären Zellen der Entzündung, die Makrophagen und kleinen Rundzellen aber, könnten dann sowohl hämatogener wie histiogener Abkunft sein. Die Frage ist nur, ob ersteres in der Tat der Fall ist, und die Frage ist, ob die neuen Untersuchungen MAXIMOWS dieses völlig einwandsfrei belegen. Hierüber kann erst später geurteilt werden. Auf seine Deutung und Beweisführung werde ich weiter unten noch zurückkommen. Der Brustton der Überzeugung allein macht es nicht, das beweisen unter anderem seine Untersuchungen über die Entkernung der Erythroblasten, in denen er sich auch ziemlich schroff gegen ISRAEL und PAPPENHEIM aussprach, während doch andere nicht minder zuverlässige Forscher, wie MAXIMOW selbst unstreitig einer ist, deren Befunde bestätigen konnten. Auch in der Entzündungsfrage könnte MAXIMOW möglicherweise erleben, daſs die Deutung seiner Befunde von anderer Seite korrigiert wird bezw. seine Methoden durch noch zweckmäſsigere ersetzt werden.

Was nun nach dieser allgemeinen Vorausschickung seine stellenweise etwas scharfen und wegwerfenden Bemerkungen über meine Arbeiten in dieser Frage betrifft, so muſs ich zur Wahrung des wahren Sachverhalts und meiner Rechte hier einige gröbere Irrtümer seinerseits richtig stellen. Eine fortgesetzte Polemik zu führen, beabsichtige ich nicht. Auf etwaige sachliche Erwiderungen werde ich dann gelegentlich zurückkommen. Vor allem muſs ich voranschicken, daſs ich selbst mit JADASSOHN durchaus stets betont habe, daſs einzig und allein die Experimentalmethode, glücklich gehandhabt, definitive Entscheidung in dieser schwierigsten aller Fragen wird bringen können; da sie die Geschehnisse in ihrer Entwickelung direkt verfolgen kann, ist sie, ja, muſs sie der histologischen Schnittmethode zweifellos überlegen sein, die nur aus dem Nebeneinander von sich darbietenden Zuständen folgert und schlieſst.

[1] cf. B. FISCHER, *Münch. med. Wochenschr.*, 1902, No. 43. Die in das Lumen „eingebrochenen" exogenen Perithelzellen sind möglicherweise intravaskulär gewucherte autochthone Endothelzellen. So auch bei Lues, Endohämangitis granulans s. proliferans.

Solche Deduktionen haben in der Naturwissenschaft naturgemäfs nur prekären Wert. Immerhin aber sind sie doch wohl meines Erachtens noch einigermafsen berechtigt, da unsere deutsche Wissenschaft frei ist und kein Oberprokurator ihr Vorschriften zu machen hat, welche wissenschaftlichen Untersuchungen man anzustellen hat, wenn man im reinsten Interesse der Sache wissenschaftlichen Studien obliegt. Nur von diesem Gesichtspunkte aus sind meine bisherigen hierhergehörenden Arbeiten zu beurteilen. Sie beanspruchen durchaus nicht, mafsgebende und definitive Resultate erschlossen zu haben, sondern können nur zeigen, zu welchen Ergebnissen und Schlüssen man vorläufig auf Grund lediglich histologischer Untersuchungen unter Heranziehung der zur Zeit in der Literatur vorliegenden Untersuchungsergebnisse anderer Forscher kommt. Auch solche Betrachtungen und Veranstaltungen haben doch wohl ihren Wert und ihre Daseinsberechtigung, wenn auch vielleicht nur insofern, als andere dadurch angeregt werden, mit besseren Methoden nachzuprüfen und zu widerlegen. Sollte dadurch die endliche Wahrheit eruiert werden, so wäre das allein schon grofse Genugtuung; denn nicht darauf kommt es an, wer die Wahrheit findet, sondern dafs man sie überhaupt endlich findet, und in persönlicher Hinsicht ist es oft schon viel wert, die indirekte Anregung und Veranlassung zu solchem Erfolg gegeben zu haben.

1. Zuerst ist es mir nun eine gewisse Genugtuung, dafs M. meine Methylgrün-Pyroninfärbung wenigstens des Versuchs für wert befunden hat; sie gibt sogar, wie er pag. 105 zugeben mufs, „ganz hübsche Bilder“, auch erleichtert sie schon bei schwacher Vergröfserung das Auffinden der Plasmazellen (pag. 31), aber sie leiste doch nicht mehr, wie die singuläre Methylenblaufärbung, und vor allem, sie sei absolut nicht spezifisch für Lymphocyten.

a) Maximow hat mit einer ganz irrationell zusammengemischten Lösung gearbeitet (pag. 18), die Methylgrün > Pyronin enthält, statt umgekehrtes Verhältnis, wie ich das in meiner ersten Arbeit ausdrücklich auseinandergesetzt habe (cf. auch *Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 44, pag. 1865).

b) Was die von Maximow bezweifelte Mehrleistung gegenüber der singulären Methylenblaumethode betrifft, so widerspricht er sich hierin selbst; denn wenn eine Methode schon bei schwachen Vergröfserungen Dinge kenntlich macht, die eine andere erst bei stärkeren zeigt, so ist sie eben feiner und sensibler (cf. hierzu die Ausführungen Unnas, des Begründers der polychromen Methylenblaufärbung in der *Dtsch. Medizinalztg.* 1902. No. 69.) Übrigens ist es immerhin erfreulich, dafs die Pathologen sich jetzt der polychromen Methylenblaumethode etwas mehr wie früher neben dem allein seligmachenden Hämatoxylin annehmen.

c) Maximow wirft der Methylgrün-Pyronin-Methode vor, bezw. stellt in Abrede, dafs sie für Lymphocyten irgendwie spezifisch sei. Aber dies hat sie ja niemals prätendiert. Wo hätte ich das in dieser Form jemals behauptet? — Ich bin hinsichtlich der Schnittpräparate völlig einer Meinung mit M.; habe ich doch selbst wiederholt betont, dafs der Rand der kleinen Lymphocyten und Plasmatochterzellen leider nicht gefärbt bleibt; M. hat dieses entweder nicht gelesen, oder er hat es gelesen, verschweigt es aber und schiebt mir zu meiner Schädigung und zu seiner Hebung falsche Behauptungen unter. Beides ist eines objektiven Forschers eigentlich recht unwürdig. Auch für sonstige Deckglaspräparate von pleuritischem Exsudat z. B. ist die Methode insofern für Lymphocyten nicht spezifisch, als, wie A. Wolff angibt, auch Endothelien etc. sich rot färben. Aber es soll ja gar nicht auf die Rotfärbung allein Wert gelegt sein; ich habe ausdrücklich bei der Beschreibung der Methode hervorgehoben, dafs es die eigentümlich dunkle Purpurrotfärbung ist, die ich für charakteristisch halte, und die im Verein mit den sonstigen morphologischen Merkmalen die typischen Lymphocyten auszeichnet. Auch habe ich die Methode

lediglich als Blutfärbemethode empfohlen, und die Färbung nur für Lymphocyten im Blutdeckglaspräparat als spezifisch angegeben. Hier nämlich treten die Lymphocyten nur mit solchen Zellen in Konkurrenz, von denen die Methode sie stets leicht und sicher unterscheidet. Als ich die Lymphocyten bei der Entzündung studieren wollte, da mufste ich diese Lymphocytenfärbung doch wohl auch auf Schnittpräparate übertragen, habe aber nirgends behauptet, dafs sie auch dort spezifisch sei. Ich habe auch bei der Diskussion meiner Befunde mit dieser Methode die Unterschiede zwischen dem Ergebnis im Deckglas und Schnitt ausführlich erörtert, dafs nämlich im Deckglas die schmalleibigen Lymphocyten dunkelgefärbten Rand zeigen, die grofsen mononukleären Leukocyten aber nur blafsgelblichrosa erscheinen, während umgekehrt im Schnitt gerade die grofsen Plasmazellen vom Habitus der grofsen Leukocyten stark chromophiles Plasma besitzen, die schmalrandigen Mutter- und Tochterzellen aber nicht (s. auch meine zweite von M. noch nicht berücksichtigte Plasmazellenarbeit).

2. Zu pag. 5. a) Die von M. bemängelten Abbildungen zu meiner Arbeit sollten lediglich Specimina für die neue Färbung darstellen. Mitosen von Plasmazellen abzubilden, hielt ich nicht für nötig; sie sind allen Forschern, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, aufser Maximow, hinlänglich bekannt, und ich habe das bei gründlichem Suchen stets zu konstatierende Auffinden von Mitosen wiederholt im Text betont und über das Verhalten des Granoplasma bei diesem Prozefs gesprochen. Das Gleiche gilt von den Übergangsbildern von Bindegewebszellen zu Plasmazellen, die schon vor mir Joannovics, nach mir wieder Almkvist gesehen hat. Dafs Mitosen und Übergangsbilder M. entgangen sind, ist nicht meine Schuld, und wenn er pag. 2 contra Marchand mehr als einige spärliche Mitosen für einen intensiven und stürmischen Zellbildungsprozefs zu sehen verlangt und auch bei Marchand genauere Beschreibung und Abbildungen (solamen miseris) vermifst, so hat Maximow eben keine Ahnung von dem raschen Ablauf solcher Mitosen, und es bedarf besonderer Fixation und Färbung (Flemming, Hermann, Weigert), um sie alle augenfällig zu machen. Bei Alkohol mufs man mit weniger zufrieden sein. Vielleicht kommt aber auch die direkte Amitose in Betracht.

b) M. vermifst die Beweise für meine Schlufsfolgerungen und behauptet, die von mir als Axiom angeführte Emigrationsunfähigkeit der Lymphocyten sei der einzige Beweis, über den ich zu verfügen scheine. Diese Ausstreuungen involvieren eine grobe Unwahrheit, die vielleicht ebenfalls nur durch mangelhafte und oberflächliche Lektüre meiner Arbeit verursacht sein kann. Ich verlange von niemand, dafs er meine Arbeiten liest, kritisiert er sie aber, so ist es seine Pflicht, es zu tun. Ich glaube, man wird mir hierin recht geben.

Schon in meiner Blennorrhoearbeit habe ich Gründe für die Beweglichkeit der Lymphocyten angeführt; in meiner jüngsten Arbeit habe ich davon Notiz genommen, dafs Hirschfeld und Wolff Lokomobilität dieser Zellen konstatiert haben. In der in Rede stehenden Arbeit mufste ich das von Ehrlich aufgestellte Dogma von der Emigrationsunfähigkeit der Lymphocyten an erster Stelle bringen, denn das ganze geniale hämatologische Lehrgebäude dieses Forschers beruht hierauf. In Rücksicht auf diese proklamierte Emigrationsunfähigkeit der Lymphocyten hat Ribbert den bei der Metastasenbildung der Pseudoleukämie und Leukämie eine Rolle spielenden ubiquitären präformierten Lymphfollikeln (Kundrath, Paltauf u. a.) auch bei der entzündlichen Granulation eine Rolle zuerteilt, was wir in dieser Verallgemeinerung aus anderen Gründen ablehnen mufsten. Für mich selbst steht die kontraktile Amöboidität der lymphoiden Zellen (Amöbocyten) und ihre Lokomobilität schon seit den Untersuchungen Jollys auf dem heizbaren Objekttisch fest, ebenso wie bei den

ihnen isomorphen histiogenen „Wanderzellen“. Lokomobilität und Kontraktilität ist aber noch keine Emigration. Zum Beweis des Emigrationsvermögens gehört ihre Arretierung in flagranti, d. h. in der Gefäſswand. Diesen Beweis ist uns auch M. schuldig geblieben, wie er kleinlaut pag. 46 zugeben muſs. Wenn man bedenkt, wie langsam die Emigration der zuerst auswandernden polynukleären Leukocyten vor sich geht, die man aber so leicht, oft und sicher in der Gefäſswand steckend überraschen kann, wenn man hinzunimmt, daſs die Bewegungen der später erscheinenden Lymphocyten noch viel langsamere sind, so dürfte auf die mitgeteilte negative Tatsache doch etwas mehr Gewicht zu legen sein, als M. dieses zu Gunsten der von ihm vertretenen Auffassung tut, oder wenn man wirklich einmal, wie M. Askanazy neuerdings bekannt macht, irgendwo einen Lymphocyten in der Gefäſswand gefunden hat, so ist noch sehr zu überlegen, ob er als hämatogener Emigrant und nicht vielmehr als histiogener Sprößling dieser Wand aufzufassen ist, ähnlich wie die Rundzellen bei Endarteriitis chronica und Periarteriitis nodosa.

Die direkte manifestierte Emigration durch Venen und Kapillaren ist aber der einzige unangreifbare Beweis für die hämatogene Natur der entzündlichen Rundzellen. Alles andere, auch das von M. beigebrachte interessante Material beruht mehr weniger auf Schluſsfolgerung, konstruiert den genetischen Connex nicht durch sinnliche Wahrnehmung, sondern Gedankenarbeit. Hierüber weiter unten.

In meiner Arbeit, die nicht direkt die Herkunft der Plasmazellen aufzudecken beabsichtigte, sondern lediglich die Beziehungen der Plasmazellen zu Lymphocyten zum Objekt hatte, habe ich diesen einzigen untrüglichen Beweis für die Herkunft der entzündlichen Rundzellen aus hämatogenen Lymphocyten vermiſst. Was ich sonst sah, Mitosen und Übergangsformen zu Bindegewebszellen, sprach zwar nicht evident für eine histiogene autochthone Herkunft, konnte aber für eine solche mit gutem Grund in Anspruch genommen werden; nahm man dazu, daſs alles andere auch gegen hämatogene Abkunft sprach, die Art der Anordnung dieser Zellen zu den Gefäſsen (oft weit entfernt davon, meist um Arterien herum) und die gegenseitige Rangierung der kleinen und groſsen Zellen, so dürfte man wohl für all dieses zusammen eine histogene Entstehung in Anspruch nehmen, zumal wenn man die Untersuchungen Marchands noch als Stütze hinzuzog und sich des hämatologischen „Axioms“ erinnerte. Besonders schien die Betrachtung von Schnitten des Ulcus molle diesen Schluſs zu bekräftigen, wo man im Exsudat deutlich, fast direkt, eine getrennte Herkunft der Zellen wahrnehmen kann, nämlich der polynukleären Zellen aus dem Gefäſsinhalt des Geschwürsgrundes, der mononukleären Lymphocyten aber von den mit Plasmazellen infiltrierten Rändern, während ein etwaiges neues Hinzutreten von mononukleären lymphoiden Zellen aus den Gefäſsen zu diesen „Plasmomen“ niemals und nirgends zu konstatieren war. Als Beweise sind alle diese Dinge wohl ebenso schlecht oder ebenso gut, als die von M. zu Gunsten seiner Deutungen angeführten Belege. Aber zu behaupten, ich hätte meine Schluſsfolgerungen ohne Gründe gelassen, ist einfach stark.[1] Auf eine ausführliche einzelne Beschreibung meiner Befunde muſste ich und konnte ich verzichten. Im Text war das wichtige Tatsachenmaterial sattsam herbeigezogen; es deckte sich völlig mit den von Unna, Marschalkó, Joannovics gemachten Beobachtungen, worauf gebührend jedesmal hingewiesen ist. Der Herausgeber liebte nicht in extenso publizierte Protokolle und machte von der Herausgabe von Supplement-

---

[1] Es mag dem Leser genügen, daſs ein anderer nicht ganz unbekannter Forscher, nämlich Foà, in seiner neuesten Arbeit: Sulla produzione cellulare nell'inflammazione, *Accad. Real. della etc. di Torino*, 1901/02, verschiedene der von mir angeführten allerdings nur rein histologischen Gründe acceptiert und ausführlich gewürdigt hat.

bänden geringeren Gebrauch. Meine Arbeit, die die Frage nach längerer Zeit zum erstenmal wieder anschnitt, mufste schon in der historischen Einleitung breit ausholen; ich hatte es schwerer wie M., da ich den Begriff der Lymphocyten etc. erst von neuem diskutieren mufste, was, wie ich zu meiner Freude bemerke, bei M. auf fruchtbaren Boden gefallen ist. Unterschied man doch früher die verschiedenen Leukocyten lange nicht so scharf, wie jetzt M. es erfreulicherweise tut. (Auch dieses darf ich mir vielleicht als geringes Verdienst anrechnen.) Ich durfte mich nicht zu oft wiederholen und jedes Präparat ausführlich beschreiben. Gründe aber für meine Anschauung habe ich sattsam im Texte angeführt, wennschon ihr Gewicht vielleicht von einem so scharfen Kritiker wie M. zu leicht befunden wird.[3] Über das von mir vermifste direkte Emigrieren aus den Gefäfsen setzt sich M. hinweg. War es aber kein Grund für meine Anschauung, darauf hinzuweisen, dafs die Plasmazellen sich fast stets um Arterien herum finden, wofür erst neuerdings Benda und Schlesinger eine Erklärung zu geben versucht haben? War es kein Grund, darauf hinzuweisen, dafs grofse Lymphocyten im Blut fehlen? — dafs kleine Lymphocyten normaliter aus grofsen hervorgehen? — dafs auch bei nicht durch Emigration entstandenen, wie Rundzellsarkomen, Endotheliom, Peritheliom, Lymphsarkomen, Pseudoleukämie die nämlichen Plasmazellen gefunden werden, wie in den Keimzentren lymphoider Organe, d. h. bei sicher hämatogenen Lymphocyten? — Ferner meine Ausführungen über die gegenseitige Anordnung der grofsen und kleinen Zellformen zu einander und zu den Gefäfswänden derart, dafs man oft, ebenso wie in Milzfollikeln, grofszellige Plasmome in der Adventitia findet, die kleinen Tochterzellen aber in die peripherische Umgebung hineininfiltriert; ferner meine Beschreibung der Adventitiazellproliferation bei Endoarteriitis und Periarteriitis rhinoscleromatosa; vor allem aber die oben zitierten Befunde bei Ulcus molle, die ich Herrn M. zu kontrollieren nur empfehlen kann. Hier sieht man direkt, dafs die im Eiter vorhandenen grofsen Lymphocyten nicht aus dem Blute stammen. Man sieht, dafs aus den Gefäfsen im Grunde des Geschwürs einzig und allein nur polynukleäre Leukocyten auswandern: dagegen sind die Gefäfswände an den infiltrierten und verdickten Rändern des Geschwürs von grofsen Plasmazellen eingescheidet, die mit dem reagierenden Gefäfsinhalt der Gefäfse des Grundes nichts zu tun haben. Sie entsprechen einer pyogenen Abscefsmembran oder einer Fistelwand. Von diesen Plasmazellen werden dann sekundär gelegentlich einige fortgeschwemmt und so dem Geschwürseiter als Lymphocyten beigemengt. Sind dieses alles keine Gründe?

Es mögen ja hinfällige Gründe sein, ich gebe es zu; sie fassen ja nur das zur Zeit bekannte Tatsachenmaterial ins Auge, und es ist ja erfreulich, dafs M. jetzt unsere Kenntnisse darin erweitert, aber wie darf er sagen, dafs ich meine Arbeit ohne Begründungen meiner Anschauung gelassen habe? Gegen eine derartige falsche Proklamation in die Welt hinein mufs ich auf das entschiedenste protestieren. Er allein hat eben, um ihn wörtlich zu nehmen, vergebens nach Beweisen gesucht, und er allein konnte nicht die geringste Spur in meiner Arbeit davon finden. Die Folgerungen hieraus zu ziehen, überlasse ich dem Leser.

3. Pag. 5 und weiter pag. 35 behauptet M., ich hätte nur ein paar entzündliche Prozesse untersucht. Ich weifs nicht, ob man jetzt schon soweit ist, Pseudoleukämie, Leukämie, Lymphosarkom etc. schlechtweg den entzündlichen Prozessen zuzuzählen; ob Maximow allein dieses thut, oder ob er es ebenfalls übersehen hat, dafs ich speziell auch diese Prozesse in den Kreis meiner Untersuchungen und Be-

---

[3] Sie sind jetzt in meiner zweiten ausführlichen Publikation übersichtlicher zusammengestellt.

trachtungen gezogen habe. Letzteres wäre nach dem obigen Präcedenzfall keine günstige Empfehlung für die Exaktheit seiner Arbeit.

Eben, weil ich bei Lymphosarkom, lymphatischer Leukämie etc. dieselben kleinen Rundzellen, speziell auch Plasmazellen gefunden habe, wie in normalen Lymphdrüsen, weil ich somit gewisse Befunde bestätigen konnte, die auch JOANNOVICS, ENDERLEN-JUSTI, neuerdings SCHLESINGER und BENDA erhalten haben, kam ich zu meinem Schlusse, der allerdings dem jener Forscher gerade entgegengesetzt war. Also so ganz ohne Fundament habe ich meine „theoretischen Hypothesen“ nicht gelassen. Jene Forscher folgerten, die entzündlichen Rundzellen seien hämatogen, weil genau die gleichen Formen in normalen Lymphdrüsen gefunden werden. Ich folgerte, die entzündlichen Plasmazellen etc. seien trotz dieses Befundes nicht hämatogen, sondern histiogen, weil erstens die Plasmazellen bei nachweislich hyperplastischen Prozessen nicht emigriert sein können, zweitens auch im Lymphknötchen oder MALPIGHIschen Körperchen die lymphoiden Keimzentrumzellen nicht aus dem Blut, sondern adventitiellen Bindegewebszellen sich herleiten. Deshalb kam ich zu dem Schlufs, dafs es hämatogene (von den Lymphapparaten gebildete) und histiogene, absolut isomorphe Lymphocyten und dito Plasmazellen gibt. In meiner zweiten, von MAXIMOW noch nicht gewürdigten Arbeit ist dieses weiter ausgeführt.

---

4. Nach Richtigstellung dieser falschen Beschuldigungen gegen meine Arbeit möchte ich mir erlauben, meinerseits einige zu Gunsten seiner Anschauungen angeführte Behauptungen MAXIMOWS etwas näher unter die Lupe zu nehmen.

Pag. 33 findet er im Nebeneinander eines normalen Blutpräparates alle „Übergänge“ zwischen kleinen Lymphocyten und grofsen mononukleären Leukocyten (nicht etwa auch zwischen grofsen und kleinen?), deshalb können auch pag. 44, beim Kaninchen wenigstens, die kleinen Lymphocyten entzündlicherweise ohne weiteres in kürzester Frist zu grofsen Lymphocyten heranwachsen. Ich hatte nämlich als Grund gegen die hämatogene Abstammung der entzündlichen Rundzellen angeführt, dafs die grofsen Lymphocyten des blennorrhoischen Eiters und die jungen grofslymphocytischen „Plasmamutterzellen“ im normalen Blute nicht vorhanden sind. Ich bin für die Bereicherung unserer Kenntnisse dahin, dafs kleine Lymphocyten zu grofsen jederzeit heranwachsen können, was schon A. FRÄNKEL und BOTHIN seiner Zeit behaupteten und BENDA jetzt ebenfalls zuläfst, sehr dankbar; möglich ist ja alles; dann sind eben nicht die kleinen Lymphocyten die reifen differenzierten Formen, wie man bis jetzt annahm, sondern umgekehrt ist es der Fall, sie sind indifferent, und ihre Vorstufen, die Keimzentrumszellen sind es, die als reif anzusehen sind und ihrer Brut ihre Merkmale vererben. Vor MAXIMOW, zur Zeit FLEMMINGS, las man es noch anders, aber Autoritätenglaube sei verbannt aus der freien Wissenschaft! Lernen wir eben wieder um! Aber dann mufs Herr M. erst den Beweis dafür erbringen. Weil er im Blutpräparat, im fixierten Nebeneinander, Übergänge von klein zu grofs gesehen hat, will er uns doch nicht im Ernst einreden, dafs d e s h a l b bei der Entzündung die kleinen Lymphocyten zu grofsen Rundzellen heranwachsen. Sollten diese „Übergangsbilder“ denn allein in dem citierten Sinne auslegbar sein? — Und überhaupt besteht zwischen den grofsen und kleinen lymphoiden Zellen nach FLEMMING wenigstens gar kein d i r e k t e r Übergang, sondern die grofsen Lymphocyten, die sich zusammen mit grofsen mononukleären Leukocyten in den Keimzentren finden, gehen durch T e i l u n g in kleine über. Möglich, dafs diese wieder zu grofsen heranwachsen — in den lymphoiden Organen ist dieses aber nicht der Fall, vielleicht im Blut, vielleicht auch bei der Entzündung. Bewiesen ist es nicht, von MAXIMOW am wenigsten.

5. Die Kritisierung der sonstigen theoretischen Erörterungen Maximows (pag. 35, 44 etc.) überlasse ich kompetenterer Seite. Warum die Polyblasten nicht sämtlich histiogen sein können, wenn es doch von einem Teil (pag. 45) zugestanden wird, Auswanderung aber nicht beobachtet ist; warum die Rundzellen (nach 19 Stunden! gefunden) nicht in loco autochthon entstanden sein können, wenn man doch Mitosen findet, warum an eine Vermehrung in den Geweben nicht zu denken ist etc. etc.

Ich will nur kurz auf die etwas eigenartig anmutende Argumentation auf pag. 75 eingehen, soweit sie mich betrifft, und Herrn M. seine Frage beantworten, weshalb ich den hämatogenen Leukocyten ein System isochromatischer histiogener Wanderzellen gegenübergestellt habe. Die Gründe hierzu stehen allerdings schon in meiner Gonorrhoearbeit, indes will ich Herrn M. hierin gern nochmals entgegenkommen.

Auf pag. 5, 8 und 9 glaubt Herr M., die von mir einstweilen zur Orientierung auf Grund meiner hämatologischen Erfahrungen vorgenommene Aufstellung zweier morphologisch sich entsprechender Zellsysteme brevi manu mit der kurzen Bemerkung abtun zu können, daſs er den Grund für ihre Aufstellung nicht einsieht. Auf pag. 35 gibt er dann die weitere Erklärung für dieses sein Gutachten, die darauf basiert, daſs ja auch die hämatogenen Leukocyten funditus und ursprünglich histiogene Zellelemente sind, so wie wir dieses eingangs ebenfalls in Übereinstimmung mit Maximow ausgeführt haben.

Es dürfte aber doch ein gewisser gradueller Unterschied sein zwischen embryonalen und postembryonalen Dingen, zwischen normalem und pathologischem Geschehen, zwischen retikulärem und fibrillärem Bindegewebe. Gewiſs sind die Zellen so gleich, daſs man sie leicht verwechseln, meist überhaupt nicht unterscheiden kann, aber gewisse Unterschiede bestehen doch, weniger greifbar bei den indifferentesten, niedersten, ungekörnten, lymphoiden Zellen, besser wahrnehmbar aber schon bei den gekörnten (α, γ) Elementen; aber auch die lymphoiden Elemente müssen theoretisch getrennt werden, vorderhand wenigstens, bis bessere als die bisher vorgetragenen Gründe (einschlieſslich Maximow) dies für unnötig erscheinen lassen.

A. Wenn Maximow selbst zugibt, daſs die den entzündlichen prinzipiell gleichen Rundzellen der lymphoiden Organe ursprünglich histiogen und extravaskulär entstanden sind, warum läſst er dann nicht auch eine entsprechende extravaskuläre histiogene Entstehung entzündlicher Rundzellen zu?

a) Wenn ein prinzipieller Unterschied zwischen normaler und pathologischer Zellbildung und zwischen gewissen farblosen Blutzellen und histiogenen Wanderzellen nicht bestehen soll, weshalb läſst M. dann trotzdem bei der Entzündung zur besseren Erklärung seiner Befunde die kleinen Lymphocyten sich in groſse Formen umwandeln, während sie doch normalerweise in den Lymphfollikeln aus groſsen hervorgehen?

b) Weil die ersten embryonalen Leukocyten extravaskulär entstehen und sekundär durch offene Lymphspalten in die Cirkulation geraten, deshalb sollen bei der Entzündung die auftretenden lymphoiden Zellen von ursprünglich intravaskulärem Wert sein und sekundär durch die geschlossenen Gefäſswände hindurch auf den festen Schauplatz der Entzündung geraten?

B. Die entzündlichen Lymphocyten müssen ebenso wie die hyperplastischen (sarkomatösen) Rundzellen theoretisch von den hämatogenen des lymphoiden Apparates getrennt werden, wennschon dieses bisher morphologisch und tinktoriell nicht möglich scheint.

a) Trotz der prinzipiell gleichen, bei beiden von fixen Stromazellen ihren Ausgang nehmender Genese ist es im einzelnen doch wohl nicht gleichgültig, ob eine

entzündliche Rundzelle vom lymphatischen Apparat geliefert wird, aus dem Gefäſslumen stammt, durch die Vermittelung des Blutstromes an den Schauplatz der Entzündung gelangt oder von sonstigem Bindegewebe, etwa der Gefäſswand, direkt an Ort und Stelle hervorgebracht ist.

b) Bei ausgesprochen hyperplastischen Prozessen, wo genau die gleichen Zellen auftreten wie bei der Granulation, selbst Plasmazellen (z. B. Lymphsarkom) ist eine Herkunft aus dem Gefäſsinhalt ausgeschlossen. Wie aber sich Peritheliom zur Periarteriitis verhält, so auch Endotheliom zur Endoarteriitis. Hier zeigt sich eben, daſs Bindegewebszellen bei der einfachen Granulation die gleichen Zellen liefern wie bei der Geschwulstbildung (vergl. Borsts beachtenswerte Beobachtungen bei Pseudoleukämie).

c) Eben weil hämatogene und histiogene Rundzellen prinzipiell sich gleich räumlich histiogen verhalten, hat man nicht anzunehmen, daſs die entzündlichen Rundzellen hämatogen sind, sondern daſs die hyperplastischen Rundzellen histiogen sind. Nicht die hämatogene Rundzelle ist das Universellere, sondern das Ursprünglichere ist die Histiogenität; erst sekundär gelangt, wie Marchand, Pincus, Herbert u. a. gezeigt haben, auch diese entzündliche Rundzelle in den Blutstrom (Lupus), ebenso wie die histiogene hyperplastische (Pseudoleukämie) und ganz ebenso wie dies normaliter mit der hämatogenen des lymphoiden Gewebes geschieht. Eben wegen dieser prinzipiellen Gleichheit hat man nicht so eine hämatogene Abstammung von Entzündungszelle und Bindegewebe anzunehmen, sondern, da die Lymphdrüsenzellen ursprünglich nicht emigriert, sondern extravasal entstanden sind, da die Sarkomzellen nicht hämatogener Abkunft sind und sein können, hat man den höheren Nachdruck auf die Rundzellen liefernde Potenz des Bindegewebes zu legen. Die vom lymphatischem Gewebe ins Blut gesandten Lymphzellen sind also ebenso ursprünglich histiogen, wie die entzündlichen und hyperplastischen Rundzellen; aber nicht darf man umgekehrt sagen, die entzündlichen und hyperplastischen Rundzellen sind aus dem Blut stammende lymphatische Elemente. Dann müſsten ja auch die Keimzentrumszellen aus dem Blut stammen, was nicht der Fall ist. Die entzündlichen Rundzellen sind also direkte histiogene Lymphocyten, nicht indirekte, d. h. von den Stromazellen des lymphatischen Apparates stammende und erst durch die Cirkulation gegangene Lymphocyten.

C. Wir haben also gewisse Gründe, neben den hämatogenen, i. e. lymphatogenen Lymphocyten und Plasmazellen auch histiogene Lymphocyten und Plasmazellen anzunehmen. Dies ist schon per erralogiam gerechtfertigt.

Das gleiche gilt nämlich auch für einkernige Granulocyten, wenigstens mit eosinophiler und Mastzellengranulation, die, soweit sie präformiert im Bindegewebe vorhanden sind, auch als von den hämatogenen entsprechend gekörnten Leukocyten zu unterscheiden sind; ja bei Neubildung von Knochenmark (sekundärer oder seniler Verknöcherung) sind nach E. Neumann auch histiogene, neutrophile Myelocyten und und (durch Vermittelung groſser neugebildeter Lymphocyten entstandene) Erythroblasten anzunehmen.

Wir haben Ursache, anzunehmen, daſs aus groſsen, hämatogenen Keimzentrumszellen oder Lymphocyten normaliter im Knochenmark, pathologischerweise in Milz und Lymphdrüsen (Leukämie etc.) einkernige α- und γ-Myelocyten hervorgehen. Einkernige myelocyteide Elemente entstehen auch aus Plasmazellen (Krompecher, Marschalkó), die zum Teil sicher histiogen sind.

a) Wir haben gezeigt und L. Michaelis (*Münch. med. Wochenschr.*, 1902, No. 6) hat es bestätigt, daſs zwischen den Mastzellen des Bindegewebes und denen des Knochenmarks greifbare Unterschiede bestehen. Die histiogenen Mastzellen sind niemals polynukleär, stets sehr groſs, ihre Granulation ist fein, dicht, in Wasser unlöslich, aber

in Glycerin[4] löslich. Die Mastzellen des Knochenmarks haben spärliche, grobe und wasserlösliche Körnung. An der histiogenen Entstehung der früher schon bekannten Mastzellen des Bindegewebes hat bisher niemand gezweifelt; daſs auch im Knochenmarksparenchym des Säugers anders geartete Mastzellen entstehen, davon kann sich MAXIMOW jederzeit leicht überzeugen.

b) Daſs das gleichzeitige Vorkommen von isomorphen Zellen im Gefäſsinhalt und im umgebenden Gewebe (Lymphocytenleukämie) kein absolut stringenter Beweis ist für einen genetischen Connex zwischen beiden, wie das seinerzeit BAUMGARTEN wollte und M. ASKANAZY neuerdings befürwortet, zeigt z. B. die Pseudoleukämie, wo wir allerdings auſserhalb der Gefäſswände in den „Metastasen", aber nicht im Gefäſslumen, diese Zellen finden; auſserdem handelt es sich hier nicht um entzündliche, sondern hyperplastische Prozesse. Zur Erklärung dieses Verhaltens bei der Leukämie muſs man eine Art von lymphatischer Konstitutionsanomalie annehmen, bei der die präformierten lymphatischen Apparate hyperplasieren und es zugleich zur Neubildung von histiogenen Lymphocyten kommt. Bei einer Hautkrankheit, der Urticaria pigmentosa, findet man im Gefäſsinhalt reichlich polynukleäre Eosinophile, in der Umgebung der Gefäſse massenhaft mononukleäre Mastzellen. Hier wird doch niemand einen genetischen Connex konstruieren wollen.

Findet man nun aber beim Asthma bronchiale im Gefäſsinhalt massenhaft polynukleäre Eosinophile, in der Bronchialschleimhaut hingegen mononukleäre Eosinophile, so sind die Beziehungen zwischen diesen beiden Erscheinungen meines Erachtens ähnliche, wie bei der Leukämie; es handelt sich um eine konstitutionelle Autointoxikation, die zu einer Vermehrung der Eosinophilen im Knochenmark und einer Produktion in der Schleimhaut führt. Daſs die Schleimhautzellen in das Blut auswandern und dort polynukleär werden, ist unwahrscheinlich. Im Blute fehlen andererseits die mononukleären Elemente vollkommen; für die Blutelemente hat EHRLICH den Ursprung im Knochenmark nachgewiesen. Daſs diese Blutelemente in die Schleimhaut einwandern und dort mononukleär werden, ist ebenso unwahrscheinlich. Wie degeneriert sehen die Schleimhautzellen nicht aus, sondern eher wie normale α-Myelocyten; diese unterscheiden sich aber, wie ich gezeigt habe, von den polynukleären Leukocyten durch die Färbbarkeit ihres Kerns und die Art der Granulation. Der Kern ist amblychromatisch, die Granula viel feiner und in basophiles Plasma eingebettet, was bei den reifen Blutleukocyten nicht der Fall ist. Andererseits hat MARSCHALKO Plasmazellen, die z. T. wenigstens doch sicher histiogen sind, mit α-Körnung beschrieben.

Wir haben also Grund, auch zweierlei Arten von Eosinophilen, hämatogene und histiogene, anzunehmen, die beim Asthma beide ins Exsudat gelangen, ähnlich wie der Eiter bei Blennorrhoe und Ulcus molle zweierlei Arten Zellen führt. Wie beim Asthma, so ist es aber auch beim malignen Lymphom, wo mononukleäre Eosinophile in den Drüsen gebildet werden, während im Blut polynukleäre kreisen (LUBARSCH, KANTER, GOLDMANN).

Dieses sind die Gründe, nach denen MAXIMOW fragte, weshalb ich zwei gesonderte Zellsysteme einstweilen annahm und neben hämatogenen (lymphatogenen) Lymphocyten, Mastzellen und Eosinophilen entsprechende histiogene Elemente annehmen zu müssen glaubte.

Ich stehe keinen Augenblick an, den mononukleären, ungranulierten, farblosen Blutelementen die gleichen histoplastischen Potenzen zuzuerkennen, wie den ihnen prinzipiell äquivalenten und analogen Wanderzellen des Bindegewebes. Be-

[4] und Osmiumsäure (L. SCHREIBER, *Münch. med. Wochenschr.*, 1902, No. 50).

wiesen mufs mir aber erst werden, dafs diese Wanderzellen (Amöbocyten) emigrierte hämatogene und nicht vielmehr histiogene Gebilde sind. Alles bisher beigebrachte Tatsachenmaterial von BAUMGARTEN bis MAXIMOW ist kein Beweis. Diese direkte sinnfällige, jederzeit zu erhebende Beobachtung des Austritts von Lymphocyten aus den Gefäfsen steht aus. Somit ist der von MAXIMOW pag. 30 ff. konstruierte „Übergang" von kleinen Lymphocyten zu grofsen Leukocyten, Clasmatocyten und fixen Stromazellen mit demselben Recht auch umgekehrt im Sinne MARCHANDS auszulegen, zumal er selbst vereinzelten „Polyblasten" eine Herkunft auch von Fibroblasten und Clasmatocyten zugesteht. Gerade weil normale und pathologische Zellbildung prinzipiell gleich ist, halte ich es ebenso wenig für angängig, einseitig die normalen postembryonalen Blutlymphocyten samt und sonders für immigrierte histiogene Wanderzellen zu erachten, wie umgekehrt die entzündlichen einkernigen Rundzellen für emigrierte Blutleukocyten. Ich gebe zu, dafs pathologischerweise im Blut lymphatogene und histiogene Lymphocyten kreisen; das Granulationsgewebe dürfte vorderhand aber lediglich von histiogenen Lymphocyten gebildet sein, nicht einmal, wie MAXIMOW zuläfst, von histiogenen und hämatogenen zusammen. Dementsprechend mufs ich trotz der Befunde M.s seine nicht genügende Deutung ablehnen und bis auf weiteres hämatogene und histiogene Lymphocyten sowie entsprechende hämatogene und histiogene Plasmazellen annehmen, deren erstere hämatogene Formen mit der Entzündung aber nicht das mindeste zu tun haben.

Der Kardinalpunkt der ganzen Frage scheint mir zu sein: woher stammen die präformierten lymphocytoiden Wanderzellen im normalen Bindegewebe? sind sie emigrierte Lymphocyten oder histiogen? hieraus läfst sich per analogiam bei der prinzipiellen Gleichheit normalen und pathologischen Geschehens auch eine Handhabe zur Beurteilung der entzündlichen Rundzellen gewinnen. Dafs die präformierten wandernden Mastzellen und Eosinophilen des Gewebes histiogen sind, haben wir oben mit Gründen zu belegen versucht. Dafs ein Teil entzündlicher Rundzellen von Bindegewebszellen abstammt, gibt M. selbst zu.

Pag. 32 bestätigt MAXIMOW die von A. WOLFF und H. HIRSCHFELD konstatierte Lokomobilität der Lymphocyten und folgert daraus ohne weiteres, dafs sie auch emigrationsfähig sind, obwohl, wie wir oben gesehen haben, er diese Emigration durch Gefäfswände hindurch nie hat beobachten können.

Pag. 36 schliefst er, nachdem er die absolute morphologische Homologie der Lymphocyten und runden Wanderzellen des Bindegewebes konstatiert hat, ohne weiteres sofort, dafs die präformierten Wanderzellen des Bindegewebes emigrierte Lymphocyten seien.

„Ich mufs gestehen, dafs ich in der Arbeit von MAXIMOW vergebens nach Beweisen für diese Anschauung gesucht habe. Das, was in seiner Arbeit an Tatsachenmaterial überhaupt zu finden ist, scheint mir vielmehr gerade das Gegenteil zu beweisen."

Der einzige Beweis, über den M. zu verfügen scheint, ist die Ähnlichkeit der Wanderzellen mit den entsprechenden Gebilden des Blutes. Hier wie dort „Übergänge" von kleinen Lymphocyten zu grofsen Leukocyten.

Mit Recht betont nämlich M. pag. 35, dafs wir keinen Grund haben, anzunehmen, dafs bei der Entzündung irgendwelche prinzipiell neue Erscheinungen auftreten, und beruft sich dabei auf SAXERS Angaben, wonach die ersten „Leukocyten" extravaskulär im embryonalen Bindegewebe aus primären Wanderzellen entstehen. Nun ja, daraus folgt doch blofs, dafs bei der prinzipiellen Gleichheit normalen und pathologischen Geschehens auch die lymphocytoiden Wanderzellen des normalen und entzündeten Gewebes extravaskulär entstandene und gebildete Zellen sind. Ich gebe vollständig zu, dafs

die runden lymphocytoiden Wanderzellen absolute Äquivalente von Lymphocyten sind, ich bestreite aber auf das entschiedenste, solange mir nicht bessere Beweise dafür gebracht werden, als MAXIMOW es tut, dafs sie emigrierte Lymphocyten sind. Die lymphocytoiden Wanderzellen des Bindegewebes sind histiogene Wanderzellen und stammen ab von primären Wanderzellen, die wiederum Abkömmlinge von fixen Gewebszellen, Clasmatocyten sind. Später lokalisiert sich dieser Prozefs im adenoiden Gewebe, wo eine fortdauernde Bildung von Lymphocyten aus grofsen Lymphocyten (FLEMMING) statthat, die wiederum von gewissen fixen Stromazellen abstammen (Endothelien, Perithelien, Retikulumzellen).

Gerade auf SAXER hätte M. sich nicht berufen sollen; das war erstens sehr unpraktisch für ihn, und zweitens stellt es seiner Logik gerade kein glänzendes Zeugnis aus.

M. argumentiert: Normales und pathologisches Geschehen sind prinzipiell gleich, und beruft sich weiter auf SAXERS Angaben für das normale Geschehen. Nach SAXER wären die normalen Wanderzellen des Bindegewebes auch nur Leukocyten, resp. Lymphocyten; ergo wären auch die entzündlichen Rundzellen nicht Zellen sui generis sondern Lymphocyten. Daraus würde natürlich stillschweigend weiter folgen, dafs, da postembryonal Lymphocyten normalerweise nur im Lymphapparat gebildet und von dort ins Blut abgegeben werden, dafs auch die entzündlichen Lymphocyten solche lymphatogenen, emigrierten Lymphocyten sind.

Aber M. hat ganz ignoriert, dafs nach SAXER die ersten Wanderzellen bezw. Leukocyten nicht emigrierte Blutzellen, sondern primär extravaskulär entstandene, direkt histiogene Zellen sind. Selbst wenn also die Blutleukocyten ihrerseits funditus Abkömmlinge fixer Zellen retikulären Gewebes sind, so geht es doch nicht an, mit M. anzunehmen, dafs die entzündlichen Rundzellen solche emigrierten lymphatogenen Lymphocyten sind, abstammend von fixen Zellen retikulären Gewebes, von denen allein postembryonal normalerweise Lymphocyten gebildet werden, sondern die Logik erfordert, wenn man sich schon auf SAXER und die Gleichheit pathologischen und embryonalen Geschehens beruft, anzunehmen, dafs auch bei der Entzündung die Rundzellen ebenso gebildet werden, wie die normalen embryonalen Lymphocyten, nämlich extravaskulär von fixen Zellen (Clasmatocyten?) des fibrillären Gewebes, d. h. histiogene Lymphocyten sind.

Auf ähnlichem Niveau stehen die sonstigen Deutungen und Beweisführungen MAXIMOWS.

Pag. 28 findet er Übergangsformen zwischen Wanderzellen und Clasmatocyten und schliefst daraus mit RANVIER, dafs die Wanderzellen in Clasmatocyten übergehen, woraus folgt, dafs, da die Wanderzellen ja emigrierte Lymphocyten sind, fixe Bindegewebszellen progressive Fortbildungsformen emigrierter Lymphocyten sind. Diesen Schlufs zieht derselbe MAXIMOW, der an anderer Stelle die Lehre MARCHANDS und SAXERS, dafs Leukocytenformen extravaskulär aus Bindegewebselementen entstehen, zum Beweis seiner ganz konträren Ansichten heranzieht. Man bekommt den Eindruck, dafs die verschiedenen, selbst konträren Anschauungen von ihm ad libitum citiert werden, wie es gerade am besten pafst. Mit ZIEGLER proklamiert er die hämatogene Entstehung von Bindegewebe, mit MARCHAND soll es aber auch nicht verdorben werden; zwar stehen beide Ansichten in unversöhnlichem Gegensatz; aber da schliefst man eben Kompromisse. Bald giebt man dem einen, bald dem andern Autor Recht. So fährt man jedenfalls am sichersten.

Was nun die Entstehung von Clasmatocyten aus lymphocytoiden Wanderzellen betrifft, so gibt M. pag. 28 selbst zu, dafs er Übergangsformen von Wanderzellen zu

Clasmatocyten eigentlich recht selten gefunden hat. Schon dieses hätte ihn stutzig machen sollen. Dieses seltene Vorkommen scheint mir viel eher dafür zu sprechen, daſs nicht jede einzelne Wanderzelle zu einem Clasmatocyten wird, sondern daſs, wie MARCHAND dies annimmt, ein Clasmatocyt durch Mitose eine Brut lymphocytoider Rundzellen produziert. Übergangsbilder zwischen Wanderzellen und Clasmatocyten können doch wohl auch im umgekehrten Sinne mit mindestens gleichem Recht gedeutet werden!

Im übrigen gibt er schlieſslich selbst pag. 44, 45, 252 zu, daſs Wanderzellen zum Teil auch von histiogenen Clasmatocyten gebildet werden, nachdem er pag. 243 ausgeführt, daſs Wanderzellen auch von Fibroblasten abstammen können, wie solches auch JOANNOVICS, ENDERLEN-JUSTI und andere durch Übergangsformen gezeigt haben. Nun frage ich, wenn man direkte Übergänge von Fibroblasten und Clasmatocyten zu lymphocytoiden Wanderzellen findet, warum man dann den durch nichts bewiesenen Schluſs vorzieht, daſs die präformierten und entzündlichen Wanderzellen des Bindegewebes nicht histiogene, sondern emigrierte lymphatische Elemente sind?

Die Annahme von M., daſs die präformierten Wanderzellen emigrierte Lymphocyten sind, ist durch nichts bewiesen, sondern bloſs auf der äuſseren Ähnlichkeit basiert, die ja sehr erklärlich ist bei der groſsen gewebsphylogenetische Verwandtschaft beider Gebilde. Die Wanderzellen sind eben Lymphocyten des Bindegewebes, die hämatogenen Lymphocyten aber solche des retikulären Gewebes.

Die Annahme schlieſslich, daſs die entzündlichen Rundzellen emigrierte Lymphocyten sind, ist ebenso wenig bewiesen, sondern nur auf der Überlegung basiert, daſs die Zahl der präformierten Zellen nicht ausreiche (pag. 252), eine so groſse Menge zu produzieren, bezw. daſs in der kurzen Zeit von wenigen Stunden die präexistierenden Elemente unmöglich die kolossale Menge von Rundzellen geliefert haben können. (pag. 246.)

Ob es nach alledem ein Fortschritt ist, die lymphocytoiden Rund- und Wanderzellen mit den hämatogenen Lymphocyten zusammenzuwerfen und beide zusammen mit einem gemeinschaftlichen Namen als Polyblasten zu bezeichnen, lasse ich dahingestellt. Dagegen muſs ich die färberischen Erzeugnisse MAXIMOWS entschieden bemängeln. Was er z. B. auf Tafel IX, Fig. 5 und 2, Tafel XI, Fig. 4 als Plasmazellen angesehen wissen will, das sind recht trübselige Repräsentanten dieser Zellart, sowohl was Kern wie Plasma anbetrifft. Aus minderwertigen Präparaten kann man aber natürlich alle möglichen Schlüsse ziehen.

Die Untersuchungen M.s ergeben nach alledem auch nicht mehr wie folgendes:

1. Eine Auswanderung von hämatogenen Lymphocyten aus den Gefäſsen war nicht zu konstatieren, so daſs für eine Entstehung der lymphocytären Wanderzellen und entzündlichen Rundzellen aus hämatogenen Lymphocyten jede Grundlage fehlt. Auch der Hinweis auf die raschen zeitlichen Verhältnisse des Auftretens dieser entzündlichen Rundzellen ist bei dem Vorhandensein von Mitosen und der Möglichkeit der Amitose kein zwingender Grund zur Annahme einer hämatogenen Entstehung.
2. Andererseits sind die zwischen normalen und entzündlichen Rundzellen einerseits und fixen spindeligen Gewebszellen (Fibroblasten, ungekörnten, adventitiellen Clasmatocyten MARCHANDS) andererseits tatsächlich aufgefundenen[5] Übergangsbilder z. T. sehr gut zwanglos im Sinne von Übergängen aus sessilen Spindelzellen zu mobilen Rundzellen (rundlichen Amöbocyten) auszulegen, ebenso wie beim Frosch die wandernden einkernigen Mastzellen des

[5] So auch von JOANNOVICS, ENDERLEN-JUSTI, ALMKVIST.

Bindegewebes extravaskulär entstandene autochthone Derivate von fixen γ-gekörnten histiogenen Clasmatocyten RANVIERS sind.

3. Schliefslich sind nach wie vor die Übergangsbilder zwischen kleinen und grofsen ungekörnten, basophilen, lymphoiden Zellen, sowohl hämatogener (retikulärer) wie histiogener (fibrillär-kollagener) Abkunft, bis auf weiteres im Sinne einer mitotischen Entstehung der kleinen Rundzellen aus den grofsen zu deuten.
4. Unsere Kenntnisse von der Herkunft der Entzündungszellen beschränken sich also auf folgende feststehenden Tatsachen:
   a) die polynukleären Leukocyten sind ausgewanderte myelogene Blutzellen;
   b) die einkernigen, wandernden Rundzellen sind sämtlich, was teilweise ja auch bereits schon nachgewiesen und zugegeben ist, als histiogene Abkömmlinge aufzufassen (Entwicklungsformen von fixen Zellen, Fibroblasten, Clasmatocyten).

Ich glaube gezeigt zu haben, dafs die mir und meiner Arbeit gemachten Vorwürfe sachlich unberechtigt waren, dafs in persönlicher Hinsicht aber gerade Herr MAXIMOW bei den Sckwächen seiner Beweisführung am allerwenigsten Ursache hatte, andere anzugreifen, es sei denn, dafs er dadurch verwirrend die Aufmerksamkeit von sich etwas ablenken wollte. Ich bin vielleicht stellenweise etwas scharf geworden, doch hat M. diese Form sich durch den angreifenden und beleidigend wegwerfenden Ton den er anzuschlagen beliebte, selbst zuzuschreiben. Man darf sich nicht wundern, wenn es aus dem Wald ebenso herausschallt, wie man hineingerufen hat.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1902. Band 63, Heft 2 und 3.

I. **Zur Histologie der Keratosis pilaris**, von S. GIOVANNINI-Turin. Die Untersuchungen des Verfassers erstreckten sich ausschliefslich auf die Keratose des Stammes und der Extremitäten, und zwar sowohl der Haut wie der Haare.

Als Material dienten 25 Patienten und zwei Kinderleichen. Zum Vergleiche wurde stets auch normale Haut herangezogen.

Die schwersten Veränderungen findet man bei der Keratosis pilaris in den Haarfollikeln und in der sie umkleidenden Epidermis. Die Haarfollikel münden häufiger als normal in gemeinsamer Mündung (Apertura communis); diese ist häufig tiefer als normal und bisweilen auch in ihrer Gestalt verändert (ampullenförmig oder cylindrisch). Einige Follikel münden auch, anstatt nach aufsen, in einen benachbarten Follikel.

Bei einem Teile der Follikel fehlt der Trichter oder ist wenig entwickelt, bei anderen liegt er tiefer als normal und führt in diesem Falle zu einer Verkürzung des Follikelkörpers und der äufseren Wurzelscheide. Die die Trichter und gemeinsamen Mündungen der Haarfollikel auskleidende Epidermis zeigt bisweilen eine atrophische MALPIGHIsche Schicht. Die von ihr erzeugten Hornmassen häufen sich daselbst an und veranlassen eine Hyperkeratose. Die äufsere Wurzelscheide findet man häufig im Zustande abnormer Verhornung.

Infolge abnorm häufigen Vorkommens gemeinsamer Mündungen findet man die Haare vielfach zu Bündeln vereint. An den Haaren selbst wurde aufser Trichorrhexis keine Veränderung konstatiert.

Die **Talgdrüsen** fehlen an dem gröfsten Teile der Haarfollikel oder sind atrophisch und rudimentär.

Die die Trichter und gemeinsamen Mündungen verstopfenden Hornmassen verhindern häufig den Austritt der Haarschäfte und haben mannigfache Ortsveränderungen, Verkrümmungen, Verzerrungen derselben, sowie der Haarfollikel und der Musculi arrectores zur Folge. Manche Haarfollikel werden zerstört; die Haare findet man zuweilen cystisch eingeschlossen.

Entzündliche Erscheinungen finden sich häufig jedoch nicht konstant und sind durch leichte zellige Infiltration dargestellt. Zumeist begegnet man ihnen in der Umgebung der Trichter und gemeinsamen Mündungen, welche grofse und dichte Hornzapfen enthalten und dort, wo die Haarschäfte infolge ihrer Verkrümmung die Wände der Haarfollikel reizen und verwunden. Zuweilen bilden sich auch epitheloide und Riesenzellen. — „Unter den verschiedenen Veränderungen bei der Keratosis pilaris erweisen sich einerseits die Vergröfserung der Trichter und gemeinsamen Mündungen der Haarfollikel und andererseits die Vermehrung der Zahl der letzteren als besonders bedeutungsvoll; diese beiden Umstände können in der Tat die Bildung jener Hornansammlungen veranlassen und begünstigen, welche vom klinischen Standpunkte aus als pathognomonisch für diese Erkrankung angesehen werden können."

II. **Zur Ekzemfrage. Gibt es ein „Reflexekzem"?** von J. Csillag-Budapest Wenn in geringerer oder gröfserer Entfernung vom primären Ekzemherd, durch gesunde Hautflächen getrennt, an einer Stelle oder an mehreren ein Ekzem mit ähnlichem Symptomenbilde und Verlaufe auftritt, so spricht man von einer Verbreitung des Ekzems auf dem Wege des Reflexes im Gegensatze zur Verbreitung per continuitatem, das Ekzem selbst nennt man Reflexekzem. Für die Reflextheorie sprechen das Auftreten des akuten Ekzems auf symmetrischen Stellen, die schnelle Reaktion mit Ekzem des gröfsten Teiles oder der ganzen Hautdecke auf geringe Reize hin, zu denen Verfasser entgegen der Ansicht von Török und Róna Druck, Reiben, Kratzen rechnet.

Der Verfasser prüft eingehend die Argumente der Reflextheorie auf ihre Richtigkeit. Es figurieren unter denselben noch das der Entwicklung des Ekzems vorausgehende und das Ekzem bis zum Schlusse begleitende, hochgradige Jucken, endlich die Fälle von sogenanntem neurotischen Ekzem.

Verfasser hat dann experimentell die Frage untersucht, inwieweit durch artifizielle Produktion von Ekzem an einer umschriebenen Stelle, an einer von dieser entfernten Stelle reflektorisch Ekzem entstehen kann.

39 Versuche mit sieben verschiedenen chemischen Irritantien haben stets dasselbe Resultat ergeben. „Eine ekzematöse Veränderung ist weder jenseits der der Einwirkung des Irritaments aufgestellten Grenzen per continuitatem aufgetreten, noch hat sich dieselbe an Hautstellen, welche von der Einwirkungsstelle des Irritaments entfernt waren, quasi sprungweise entwickelt; die ekzematösen Eruptionen sind stets innerhalb dieser Grenzen aufgetreten." Somit hat die Reflextheorie keine Berechtigung, und man wird in den Fällen, bei welchen entfernt vom primären Ekzemherde ähnliche ekzematöse Eruptionen beobachtet werden, annehmen, dafs das Irritament, wenn auch zufällig und unbemerkt, an die entfernten Stellen hingelangt ist und hier seine ekzemprovozierende Wirkung entfaltet hat.

III. **Sarcoma idiopathicum multiplex en plaques pigmentosum et lymphangiectodes,** von R. Bernhardt-Warschau. Der Verfasser teilt sehr ausführlich die Krankengeschichte eines 26jährigen Patienten mit. Klinisch wie histologisch nähert sich der Fall dem Kaposischen Typus a des Sarcoma idiopathicum multiplex, ohne demselben jedoch identisch zu sein benso wie beim Typus a begann im vor-

liegenden Fall die Erkrankung auf der Extremität, verbreitete sich diskret in zentripetaler Richtung, ging auf die Knochen über, beeinflufste trotz der langen Dauer das Allgemeinbefinden des Patienten nicht und widerstand hartnäckig der Arseniktherapie. Im Gegensatz zum Typus a war jedoch nur eine Extremität befallen. Der Hauptunterschied lag im Aussehen und in den Eigenschaften der pathologischen Produkte. „Beim Typus a haben wir ziemlich derbe Flecken, halbkugelige Knötchen und Knoten von harter, fast knorpeliger Konsistenz und diffuse Infiltrate, in deren Grenzen die Haut verdickt, sehr hart und gespannt ist. Alles dieses ist in dem vorliegenden Falle nicht vorhanden, vor allem aber gibt es keine Knötchen. Hier wächst das Sarkom nicht tumorartig empor, erhebt sich nicht über das Niveau der Haut, sondern verbreitet sich durch peripheres Wachstum flächenhaft in der Haut selbst. Dadurch entsteht eine diffuse, sarkomatöse Degeneration der Haut in Gestalt von teigig-weichen, scharf begrenzten Herden, welche sich über das Niveau der Umgebung nicht emporheben. Was aber besonders diesen Fall charakterisiert, das ist die kolossale Erweiterung des Lymphgefäfssystems in den erwähnten Herden.“

Die histologischen Befunde decken sich fast vollständig mit denen beim Typus a Kaposi. Der Unterschied besteht eben nur in der ganz auffallenden, ungewöhnlichen Erweiterung der Lymphspalten. Diese verleiht dem ganzen pathologischen Prozesse ein so charakteristisches Gepräge und verändert das klinische Bild der Krankheit derart, dafs Verfasser die Aufstellung eines Untertypus der multiplen, idiopathischen pigmentierten Hautsarkome für angebracht hält. Er schlägt für diesen neuen Typus die Bezeichnung „Sarcoma idiopathicum multiplex en plaques pigmentosum et lymphangiectodes“ vor.

IV. **Zur Kenntnis der Dermatitis pyaemica**, von Ludwig Merk-Graz. Eine an Meningo-Encephalitis erkrankte Patientin bekam während der erst wenige Tage bestehenden Krankheit am ganzen Körper, besonders stark am Bauch und an der rechten Brustseite, einen Ausschlag, der sich aus einer Anzahl getrennt stehender Bläschen und akneähnlicher Pusteln zusammensetzte. Daneben fanden sich auch linsengrofse, rote, entzündliche Flecke, deren Mitte sich zuerst blasig veränderte und die dann schliefslich zu Pusteln wurden.

Die Patientin starb. Bei der Sektion wurde nicht tuberkulöse Encephalitis und Atrophia rubra cerebri diagnostiziert. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs es sich um miliare Abscesse in der Lederhaut handelte. Die einen Abscefs zunächst umgebenden Blutgefäfse waren mit roten Blutkörperchen überfüllt, und es erstreckte sich diese Stase bis unter das Epithel. Die Abscesse selbst setzten sich aus polynukleären Leukocyten zusammen. In den gröfseren Abscesesn lagen freie Kerne und kugelige Chromatinschollen, die namentlich nach Gram sich ungemein scharf färbten. Im Zentrum der Abscesse fanden sich freiliegend ganze Haufen Kokken, die Verfasser als Staphylokokken ansprechen möchte. Eine bakteriologische Untersuchung konnte nicht vorgenommen werden.

Nach analogen Fällen aus der Literatur glaubt Verfasser annehmen zu dürfen, dafs die Kokken auf dem Wege der Blutbahn in die Cutis verstreut wurden, dafs aller Wahrscheinlichkeit nach die Meningitis und die miliaren Abscesse in der Haut durch denselben Staphylococcus hervorgerufen worden sind.

V. **Naevus vasculosus giganteus**, von E. Riecke-Leipzig. Über denselben Fall hat Seifert (vergl. Ref. in den *M. f. pr. D.* Bd. 34. S. 341) bereits berichtet und mangels einer mikroskopischen Untersuchung angenommen, dafs es sich um „eine auf dem Boden eines Naevus vasculosus entstandene Bildung von Fibroma molluscum mit elephantiastischer Verdickung der Augenlider, der Nase und der Oberlippe“ handle.

Verfasser konnte sich dieser Auffassung schon angesichts des klinischen Bilde

nicht anschliefsen, „da sie anatomisch sehr verschiedenartige Dinge zusammenfafst und nur auf einer äufserlichen Ähnlichkeit begründet ist“.

Ein anderer Fall aus der Bonner chirurgischen Klinik bot Gelegenheit zur histologischen Untersuchung.

Der Fall betraf eine 41jährige Frau, die von Geburt an ein Feuermal im Gesicht hatte. Das Mal nimmt fast die ganze linke Gesichtshälfte ein. Im Bereiche des Mals sieht man zahlreiche, warzenförmige Verdickungen. Die ganze Oberlippe ist stark verdickt und derb. Durch ihre Vergröfserung ragt sie wie ein schürzenförmiger Lappen über den Mund, die Unterlippe und das Kinn. Dieser Oberlippenwulst ist 6,5 cm lang, 2,4 cm dick und (vom Mundwinkel zu Mundwinkel gemessen) 16 cm breit. In den letzten zwei Jahren hat sich schnelles Wachstum in der rechten Gesichtshälfte eingestellt.

Die mikroskopische Untersuchung eines Stückes des exstirpierten Oberlippenwulstes ergab, dafs es sich um eine rein hämangiomatöse Bildung handelte, welche durch keinerlei Wucherung des Bindegewebes, Fettgewebes etc. kompliziert ist. Wie im Seifertschen, so handelt es sich im vorliegenden Falle um einen Naevus vasculosus, der erst im vorgeschrittenen Alter gewachsen ist und zur tumorähnlichen Vergröfserung geführt hat. Als Ursache für die späte Volumenzunahme des Naevus sieht Verfasser die frühzeitig aufgetretene senile Degeneration des elastischen Gewebes in der den Tumor umhüllenden Haut an, wodurch diese der andrängenden Gefäfsgeschwulst geringeren Widerstand entgegensetzen konnte als normale Haut.

VI. **Ein Fall von ausgebreiteter Gangrän nach intramuskulärer Injektion von Hydrargyrum sozojodolicum**, von H. Neumann und E. Bendig-Potsdam. Ein 37jähriger, kräftiger, vor 2 Jahren syphilitisch infizierter Mann bekam während seiner Reisen in den Tropenländern, abgesehen von Tropenausschlägen, wiederholte luetische Exantheme. Im November 1901 trat er in die Behandlung des Verfassers. Am 14. November erhielt der Patient in die linke Hinterbacke die erste Sozojodolquecksilberinjektion. Die Lösung hatte folgende Formel: Hydrargyr. sozojodol. 0,8, Commisce c. Aqua destill. 5,0, Adde Antipyrini 2,0, Kalii jodat. 1,6, Aq. dest. ad 10,0, M. filtra, D. S. Subcutanlösung.

Die erste Injektion rief nur sehr geringe lokale Schmerzen hervor, ebenso die zweite. Bei der dritten jedoch schrie der Patient furchtbar auf, wurde leichenblafs, klagte über heftige Schmerzen im ganzen linken Bein und war unfähig, fest aufzutreten oder gar zu gehen. Das Gesäfs war prall gespannt, geschwollen, auf Berührung sehr empfindlich. Die Haut zeigte normale Färbung; aus der Einstichstelle entleerte sich kein Blut. Von der Quecksilberlösung waren, da die Injektion sofort unterbrochen wurde, nur wenige Tropfen eingedrungen. Der bedrohliche Zustand ging auf Cognac, Amylnitrit, Morphium und Ruhe innerhalb einer Stunde vorüber. Der Patient mufste sich daheim zu Bett legen. Etwa acht Tage später erwies sich die ganze linke Hinterbacke blaurot verfärbt, noch beträchtlich geschwollen, derb infiltriert, jedoch weniger auf Druck empfindlich, als im Beginn. Das linke Bein wurde immer noch in leichter Beugestellung im Hüftgelenk gehalten. Streckung oder stärkere Beugung waren schmerzhaft. Im Bereiche der durch eine Demarkationslinie begrenzten Hautverfärbung ist die Sensibilität fast erloschen.

In Narkose werden vier lange, tiefe Incisionen in die gangränösen Partien gemacht, ohne dafs man dabei auf eine Ansammlung von Blut, Gerinnsel oder Eiter stöfst. Irgend ein Quecksilberdepot konnte nirgends nachgewiesen werden.

Die nächsten Tage werden vom Patienten unter Wundfieber, Schmerzen, Unruhe und Schlaflosigkeit hingebracht. Erst nach Abstofsung und Abtragung der gangränösen Gewebsstücke und unter der Applikation von Sublimatverbänden und lauwarmen

Bädern schreitet die Besserung sowohl lokal wie im Allgemeinbefinden bis zur völligen Abheilung gut voran. Etwa zehn Wochen nach Beginn der Erkrankung konnte Patient aus dem Hospital als geheilt entlassen werden.

VII. **Zur Blasenbildung und Cutis-Epidermisverbindung**, von Karl Kreibich-Wien. Blasenbildung nach bloſser Stauung durch nicht entzündliches Ödem kommt auſserordentlich selten vor. Verfasser verfügt über zwei Beobachtungen.

Die Präparate des ersten Falles stammen von der Haut des Fuſsrückens nach Thrombose der Vena femoralis. Die betreffende Hautstelle war tief blauschwarz verfärbt und zeigte an der Oberfläche einige kleinere und gröſsere, mit serös-hämorrhagischem Inhalte erfüllte Bläschen.

Mikroskopisch zeigten sich die tiefen Hautgefäſse bis hinauf in das Papillargefäſsnetz enorm ausgedehnt und von in Organisation begriffenen Thromben erfüllt. Die Epidermis war zu gröſseren und kleineren Bläschen abgehoben. Die Pars papillaris zeigte keinerlei Zeichen von Entzündung, keine zellige Exsudation und Proliferation. Man kann annehmen, daſs das nicht entzündliche Ödem nach Durchtränkung der Subcutis und Cutis auch die Pars papillaris erfüllte und dann zur Abhebung der Epidermis, d. h. zu echten Stauungsblasen führte.

In dem zweiten Falle handelte es sich um eine schwere Darmtuberkulose und Amyloidniere. Der Patient zeigte an den seitlichen Flächen des Abdomens und der Auſsenseite des Hüftgelenks streifenförmige, daumenbreite Epidermisverluste mit randständigem Epidermissaum und blutender Basis, daneben 5 cm lange, äuſserst schlappe, mit blutigem Serum erfüllte Blasen, auſserdem fingerbreite, blaurote Striae atrophicae, die von abgelaufener Anasarka herrührten. Verfasser deutet die Blasen in der Weise, daſs über den Striae neue Ödeme sich entwickelten und zur Ablösung der Epidermis gerade über den Striae führten, weil hier das Ödem nicht mehr den normalen, sondern den durch seitliche Zerrung fast verstrichenen Papillarkörper antraf.

Hinsichtlich der Blasenbildung überhaupt neigt Verfasser auf Grund von Beobachtungen und Experimenten zu der Ansicht, daſs die meisten Blasenprozesse exsudative Entzündungen sind, bei denen die seröse Exsudation die zellige überwiegt, und daſs es desto häufiger und leichter zur Blasenbildung kommt, je oberflächlicher sich die exsudative Entzündung lokalisiert.

Verfasser hatte Gelegenheit, bei seinen Untersuchungen die Verbindung der Cutis und Epidermis zu studieren. Niemals fand er direkte Übergänge der Epidermiszellen in Bindegewebsfasern. Die Herxheimerschen Spiralen stellen nicht, wie Herxheimer und Müller wollen, den äuſsersten Zellkontur dar, sondern sie sind Protoplasmafortsätze der Basalzellen. Diese von einem weiteren Protoplasmasaume umgebenen Fortsätze tauchen gleichsam in die leicht gewellte Cutisfläche ein oder werden von der letzteren nach Art einer Verzahnung festgehalten.

VIII. **Zur Frage: Wie kann man die durch eine syphilitische Schwangerschaft verursachte soziale Gefahr bekämpfen?** von E. Welander-Stockholm. Der Verfasser rekapituliert zunächst das Wesentlichste aus seiner Arbeit: „Die Geschichte der venerischen Krankheiten in Schweden“ und gibt eine kurze Darstellung der Maſsregeln, welche in Stockholm resp. in Schweden in früheren Zeiten zur Bekämpfung dieser sozialen Gefahr getroffen worden sind.

Die kostenfreie Krankenpflege für jeden venerischen Patienten, die verbesserten sozialen, hygienischen Verhältnisse, die sanitäre Untersuchung der Prostituierten, erforderlichenfalls deren Isolierung im Krankenhause haben viel dazu beigetragen, daſs die Syphilis in Schweden sowohl auf dem Lande, wie in Stockholm selbst stark abgenommen hat. Trotzdem kommen oft Fälle vor, daſs eine syphilitische Frau schwanger wird, und es drängt sich die Frage auf, wie die dadurch drohenden Ge-

fahren für die menschliche Gesellschaft abzuwenden sind; zunächst wohl durch eine konsequent durchgeführte spezifische Behandlung der syphilitischen Schwangeren. Die Behandlung mit Hg muſs derart sein, daſs sie kräftig ist, aber die Frau so wenig wie möglich belästigt. Am besten geschieht dies durch die Hg-Säckchenmethode, die Verfasser für weit sicherer hält, als nach RIEHLS Empfehlung Quecksilberglobuli in die Vagina einzulegen. Weiter ist darauf zu achten, daſs nach der Niederkunft der Frau, diese, abgesehen von ihrem eigenen Kinde, keine fremden Kinder stillt, oder daſs das syphilitische Kind nicht von einer gesunden Amme genährt wird. Belehrung und Aufklärung des Volkes und Appellieren an das Gewissen der Menschen müssen hier mehr wirksam sein, als allgemeine Strafbestimmungen. Auch wenn das von einer syphilitischen Mutter geborene Kind keinerlei luetischen Anzeichen zeigt, betrachtet es Verfasser als syphilitisch und verlangt, daſs auch dieses einer intermittenten, präventiven Behandlung, am besten wiederum mit Hg-Säckchen, unterzogen werde. Für sehr kleine Kinder wendet Verfasser 1/3 g Unguent. Hydrargyri ciner. an und vergröſsert je nach dem Alter der Kinder die Hg-Dosen. Daſs solche Kinder nicht fremden Leuten in Pflege gegeben werden dürfen, sondern vielmehr eventuell mit der Mutter **selbst** in speziell hierzu eingerichteten Asylen untergebracht werden sollen, betont Verfasser eindringlichst an der Hand eigener Beobachtungen und Erfahrungen.

IX. **Zwei Fälle von Schädel- und Gehirnsyphilis nebst Obduktionsbefunden**, von H. KÖBNER-Charlottenburg. Die beiden Fälle stammen aus dem Jahre 1876, da der Verfasser sich in Meran aufhielt.

Der **erste** Fall betraf einen 36jährigen Mann, welcher seit zwei Jahren an reiſsenden Kopfschmerzen, im letzten Jahre an sehr deprimierter Gemütsstimmung und an hochgradiger Hyperästhesie des Gesichts- und Gehörsinnes gelitten hat. Vor ca. vier Wochen bekam er Schmerzen in den Kniegelenken und muſste seitdem das Bett hüten. Über seine frühere Behandlung lieſs sich nur eruieren, daſs er in Bozen einmal von einem Arzte Pillen erhalten hatte.

Kurz vor dem Tode traten bei dem Patienten Lähmungen auf.

Verfasser wurde von dem behandelnden Arzte Dr. KÜNZ in Meran ersucht, die Sektion der Schädelhöhle vorzunehmen, welche der Kranke im Interesse der ebenso leidenden Menschen letztwillig bestimmt hatte.

Die anatomische Diagnose lautete: „Caries sicca ossis parietalis dextri. **Exostosen** der **Lamina vitrea ossis frontis, besonders aber der linken vorderen und mittleren Schädelgrube.** Pachymeningitis et Arachnitis chronica, imprimis sinistra. Käsige Herde des linken oberen, ein vernarbter Herd des rechten oberen, hypostatische Pneumonie des rechten unteren Lungenlappens. Zweitalergroſses Blutextravasat in einer pleuritischen Adhäsion eines Käseherdes. Fettige Herde in der rechten Vorhofswand; Verdickungen der Valvula mitralis. Multiple Hämorrhagien der Haut der Arme und des Thorax, subperitoneale des Dünndarmes und der Harnblase, groſses Extravasat im Musc. rect. sinistr. abdom."

Die Sektion entdeckte also eine, wie es scheint, bei Lebzeiten gar nicht geahnte, inveterierte Syphilis.

Der **zweite Fall** hatte sich im Jahre 1872 in Berlin infiziert. Die sekundären Erscheinungen wurden mit 30 subcutanen Sublimatinjektionen behandelt. 1873 Condylomata lata ad anum, die nur „hinwegtouchiert" wurden. Januar 1874 Halsgeschwüre mit 20 Sublimatinjektionen behandelt. Vom Juni bis November 1874 **sehr heftige Kopfschmerzen** mit Jodkalium ohne Erfolg behandelt. Januar 1875 Schlaganfall, Lähmung der rechten Seite. Seitdem wiederholte cerebrale Erscheinungen, wie Schwindelanfälle, Erbrechen, Kopfschmerzen, gegen welche zahlreiche Quecksilber- und Jodkuren ohne wesentlichen Erfolg zur Anwendung gekommen waren, ja Prof.

Remhold (Innsbruck) und Dr. Ganner (Hall) erklärten die Erscheinungen als Folgen einer Quecksilbervergiftung und Überladung des Körpers mit Medikamenten. Erst die Thermalbäder im Pustertal brachten dem Patienten eine bedeutende Besserung. Die Lähmung ging fast ganz zurück. Dezember 1876 trat ein erneuerter Schlaganfall auf, zu welchem Verfasser von dem behandelnden Arzte Dr. Kuhn zu Rate gezogen wurde. Nach wiederholten Remissionen und Exacerbationen erfolgte Juli 1878 der Exitus letalis.

Die Sektion des Gehirns ergab: „Endarteritis syphilitica vasorum cerebri, Meningitis et Encephalitis chronica hemisphaerica; Gumma in ponte, Degeneratio secundaria pyramidum sinistr. Thrombosis arteriae basilaris. Malaria rubra pontis.“

Verfasser glaubt, dafs die Behandlung dieses Falles nicht ohne Einflufs auf den ungünstigen Verlauf gewesen ist. Sie war vor allem in den ersten drei Jahren nach der Infektion quantitativ wie qualitativ eine ungenügende. Die Sublimatinjektionen hält Verfasser, ebenso wie andere Beobachter, für die erste, grundlegende Kur als durchaus unzureichend und nicht nachhaltig wirksam. Eine zur Zeit des Auftretens der heftigen, monatelang anhaltenden Cephalalgie eingeleitete, gründliche Schmierkur hätte dem Krankheitsverlaufe vielleicht eine ganz andere Wendung gegeben. Das Versäumte konnte, nachdem einmal die Hemiplegie aufgetreten war, durch die zahlreichen Kuren nicht mehr nachgeholt werden.

X. **Zur Theorie der Lupusheilung durch Licht**, von Franz Nagelschmidt-Berlin. Die Frage, ob das Licht den Lupus durch direkte Tötung der Tuberkelbacillen oder erst sekundär durch Gewebsveränderung heilt, hat Verfasser auf experimentellem Wege zu beantworten versucht. Zunächst war es notwendig, zu wissen, ob Bacillen innerhalb der Gewebe vom Lichte überhaupt getötet werden können.

Auf Grund der an Meerschweinchen angestellten Untersuchungen glaubt Verfasser, dafs es tatsächlich möglich sei, im Gewebe befindliche Tuberkelbacillen zu töten. Wenn auch die auf der Haut des Meerschweinchens hervorgerufene tuberkulöse Erkrankung nicht dem menschlichen Lupus gleich erachtet werden kann, so glaubt Verfasser nach den erhaltenen Resultaten sich doch zu dem Schlusse berechtigt, „dafs die Heilung der tuberkulösen Hauterkrankung durch Licht in erster Linie durch die Abtötung resp. Schwächung der Tuberkelbacillen zu stande kommt. Erst nachdem der von diesen ausgehende Reiz aufgehört hat zu existieren, sorgt die nunmehr eintretende Lichtreaktion für die Resorption der tuberkulösen Produkte und die Regeneration der Defekte, soweit dies eben möglich ist“.

XI. **Über Kapillardruckmessungen normaler und veränderter Haut**, von Hugo Fasal-Wien. v. Kries war der erste, welcher im physiologischen Institut zu Leipzig den Kapillardruck der menschlichen Haut in der Weise bestimmte, dafs er mit Hilfe belasteter Glasplättchen auf eine Fingerstelle einen Druck ausübte und das Gewicht ermittelte, welches notwendig war, um die komprimierte Haut blafs zu machen.

In einer im Jahre 1875 publizierten Arbeit hat v. Kries die Resultate seiner Untersuchungen mitgeteilt. Die Untersuchungen des Verfassers an normaler Haut haben ergeben, dafs der Kapillardruck bei den verschiedenen Individuen auch unter normalen Verhältnissen differiert.

Was die veränderte Haut betrifft, so erstreckten sich die Untersuchungen auf: 1. akutes Ekzem; 2. chronisches Ekzem; 3. Herpes zoster; 4. Lues; 5. Urticaria.

Das Resultat war folgendes:

„Beim chronischen Ekzem und bei der Urticaria ist der Kapillardruck der Hautstellen niedriger als bei normaler Haut. Beim akuten Ekzem, sowie bei der mit akuten Entzündungserscheinungen einhergehenden Herpes zoster-Eruption, ferner bei luetischen makulösen Efflorescenzen ist der Kapillardruck erhöht.“

XII. **Zwei neue Methoden der Tripperbehandlung**: 1. **Zur Tripperbehandlung**, von A. Hirschbruch-Posen.

2. **Ein neues und einfaches Verfahren der Tripperheilung**, von M. von Niessen-Wiesbaden. Hirschbruch will den Tripper nicht durch Spülungen von aufsen nach innen, sondern von innen nach aufsen heilen und hat zu diesem Zwecke einen Dreilaufkatheter konstruiert, der patentiert worden ist.

von Niessens Methode erstrebt die Kombination einer möglichst intensiven und dauernden antiseptischen Wirkung auf die Harnröhrenschleimhaut gleichzeitig mit einer Erneuerung und Resorption des angewendeten Antisepticums. „Das chemische Agens des baktericiden Mittels soll durch die resorptiven, assimilativen und baktericiden Potenzen von Zelle und Gewebe unterstützt werden." In die tripperkranke Harnröhre wird nach Urinentleerung ein mit Katheterhülse maskierter, hygroskopischer Docht eingeführt, der zuvor mit der gewählten antiseptischen Lösung getränkt wurde. Unmittelbar darauf wird die Katheterhülse über den Docht zurückgezogen. Das aus der Harnröhre herausragende Ende des Dochtes ist aufgefranst und taucht in ein Gefäfs (Reagenzglas) mit derselben antiseptischen Lösung ein, die beliebig erneuert werden kann.

Das Instrument ist beim Instrumentenmacher Eschbaum in Bonn zu beziehen.

Da es sich bei beiden Autoren um „vorläufige Mitteilungen" handelt, so können wir ruhig weitere Berichte darüber abwarten, wieviel definitive Heilerfolge und in welcher Zeit durchschnittlich dieselben erzielt worden sind.

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

Band 14. Dezember 1902.

Eine Studie über den Lupus erythematosus, von W. E. Warde-London. In einer früheren Arbeit hat der Verfasser auf Grund seiner Beobachtungen und Untersuchungen die Ansicht ausgesprochen, dafs der Lupus erythematosus in irgend einem Zusammenhange mit einer hypertrophischen und atrophischen Rhinitis stehe Weiteres Material hat ihn in dieser Ansicht bestärkt.

Die Studien, welche Verfasser an 30 Fällen gemacht, gipfeln in folgenden Schlüssen:

1. Der Lupus erythematosus ist keine ausgesprochene, pathologische Entität, sondern nur ein Beispiel eines gewöhnlichen Prozesses, wie man ihn bei gewissen Individuen vorfindet, die atrophische Rhinitis kann als ein anderes Beispiel desselben Prozesses angesehen werden.

2. Das wesentlichste, und in seltenen Fällen das einzige Symptom, ist ein perniziöses Ödem, schwer zu beseitigen, und geneigt, degenerative und atrophische Veränderungen hervorzurufen.

3. Dieses Ödem ist auf eine Paralyse und Dilatation der kleinen Blutgefäfse zurückzuführen, welches nach kürzerer oder längerer Zeit, wenn sie nicht durch die Behandlung beseitigt wird, mit ihrer Degeneration und Zerstörung endigt und gleichzeitig die Bildung von Granulationsgewebe zur Folge hat, welches sich an ihrer Stelle zur Reparierung des Schadens entwickelt.

4. Dieses Ödem und die Gefäfsdegeneration hängt ab a) indirekt von einer schwachen Blutzirkulation, welche zu einer mangelhaften Ernährung der Gefäfswände führt; ferner von der Dehnung, der die Gefäfswände durch Blutandrang ausgesetzt sind, und von vielen anderen unbekannten Ursachen; b) direkt von Hitze und Kälte, von Verletzungen, namentlich durch Verbrennungen, von der Anwesenheit von Mikrobien und Toxinen in Hautefflorescenzen u. s. w.

5. Die Gefäſsdegeneration und die Atrophie können direkt durch gewisse Formen des Lupus vulgaris hervorgerufen werden, wie erbliche tuberkulöse Belastung oder acquirierte Tuberkulose eine Prädisposition für Lupus erythematosus schafft.

C. Berliner-Aachen.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 20. Dezember 1902.

I. **Epidermolysis bullosa hereditaria,** von G. W. Wende-Buffalo. Die hauptsächlichsten Merkmale der Krankheit sind vererbte oder angeborene Neigung zur Bläschen- und Blasenbildung an Stellen, die Insulten oder Reizen ausgesetzt sind; deutliche Infiltration der Haut, nachdem die Efflorescenzen verschwunden; konzentrische Anordnung der Blaseneruption; Veränderungen der Nägel, mangelhaftes Haarwachstum und Fehlen der Augenbrauen und Augenwimpern, allgemeine Zartheit der Haut.

Der Verfasser teilt die Krankengeschichte eines siebenjährigen Knaben mit, der aus einer gesunden Familie stammt. Von vier Geschwistern bekam eines (das dritte) im Alter von einem Jahre am Munde und am Anus einen Ausschlag, der sich später über den ganzen Körper verbreitete. Das Kind magerte ab und starb. Die Eltern sind gesund. Drei Wochen nach der Geburt erkrankte der Knabe an einer heftigen Diarrhoe. Um dieselbe Zeit begann die Haut um den Mund und am Anus sich zu röten, feucht zu werden und dann sich abzuschuppen. Das Leiden setzte sich bis zum Alter von drei Jahren mit wechselnder Intensität fort, verlor sich, als der Knabe an Cholera nostras erkrankte, fast ganz, um nach kurzer Zeit in etwas veränderter Form wiederzukehren. Es traten zuerst an den Interdigitalseiten der Finger Bläschen, später an den Handrücken, Fuſssohlen und besonders stark an den Fersen auf. In der wärmeren Jahreszeit besserte sich die Affektion bis zum völligen Verschwinden, um beim Eintritt der kalten Witterung mit erneuter Heftigkeit auszubrechen. Im weiteren Verlaufe wurden die Kniee und das Gesicht befallen. Gegenwärtig zeigt der im übrigen gesunde Knabe nur spärliche Lanugo auf dem Kopfe und an den Augenbrauen. Die Augenwimpern fehlen nicht ganz. Das Gesicht und die Hände sind mit mehr oder weniger groſsen Bläschen und Blasen und lose haftenden Schuppen bedeckt. Die Partie um den Mund zeigt Risse, so daſs der Patient wegen der Schmerzen nur mit Mühe kauen und sprechen kann. Die Fingernägel fehlen ganz. Die Hautveränderungen am Anus zeigen eine ähnliche Beschaffenheit, wie am Munde, nur daſs sie dort viel stärker ausgeprägt sind.

Histologisch unterschied sich der Fall nicht wesentlich von denen Elliots, Blumers, Colombinis u. a.

Der Verfasser bespricht die Ätiologie der Krankheit, wobei trophische Störungen an erster Stelle in Betracht kommen, daneben können angeborene mangelhafte Widerstandsfähigkeit der Haut, gesteigerte Reizbarkeit der Endigungen der Hautnerven, angeborener Mangel des Tonus in den Arteriolen der Haut und Schleimhaut einen ätiologischen Faktor abgeben.

II. **Vier Formen der universellen, exfoliativen Dermatitis (Erythrodermies exfoliantes, generalisées-Besnier),** von John T. Bowen-Boston. Der erste Fall ist ein Beispiel von rezidivierendem, desquamativen, scarlatiniformen Erythem bei einer 27jährigen Frau, die anämisch und neurasthenisch war. Die verschiedenen Anfälle des Leidens begannen gewöhnlich unter Schüttelfrösten, Übelkeit, Erbrechen und Fieber mit intensivem Erythem und Ödem des Gesichts. Am nächsten Tage dehnten sich die Hauterscheinungen über den ganzen Körper aus. Am fünften Tage setzte

Exfoliation in großen Massen ein und hielt bis zur dritten Woche an. Bei der ersten Attacke gingen die Haare und Nägel verloren. Von der vierten Woche an begann der Prozeß zurückzugehen. Die Haut hat auch in den freien Intervallen eine gewisse Rauheit und Trockenheit beibehalten.

Der zweite Fall, der einen 72jährigen, sonst kerngesunden Mann betraf, gehört dem Typus der „Dermatitis exfoliativa Wilson“ an.

Der dritte Fall ist ein Beispiel der von Besnier so benannten „Erythrodermie exfoliante secondaire, accidentelle“. Die Affektion kann sich im Verlaufe einer Psoriasis, eines Ekzems, Lichen planus etc. entwickeln oder durch innerliche Medikamente, wie Chinin, Antipyrin, Belladonna etc. oder äußerliche Applikationen, wie Merkur, Chrysarobin etc. hervorgerufen werden.

Im vorliegenden Falle ist die Ursache nicht genau festgestellt worden. Die 42jährige Patientin lebte auf dem Lande, spazierte viel in Wäldern umher, und es ist nicht ausgeschlossen, daß das Hantieren mit irgendwelchen Pflanzen die Veranlassung gebildet hat. Das Allgemeinbefinden wurde durch die wiederholten Attacken nicht wesentlich beeinträchtigt.

Im vierten Falle handelte es sich um eine reine „Pityriasis rubra Hebrae“ mit letalem Ausgange.

III. **Ein Fall von Zoster im Verlaufe des elften Dorsalnerven,** von Ch. J. Aldrich-Cleveland. Ein 33jähriger, sehr kräftiger Mann erkrankte, nachdem er sich in einem See mit Fischen und Schwimmen vergnügt hatte, bald darauf mit Schüttelfrost, Fieber, Schmerzen in allen Gliedern. Zwei Tage später wurden die Schmerzen außerordenslich heftig im Rücken und an den Lenden, im Bereiche der Hautverteilung des elften Dorsalnerven. Nach 24 Stunden brach in derselben Partie ein Bläschenausschlag aus, der als Zoster dorsalis diagnostiziert wurde. Befallen war nur die rechte Seite der Lendengegend und das rechte Hypochondrium bis hinab zum Nabel.

IV. **Blennorrhoische Ophthalmie,** von F. Griffith-New York. Ein achtjähriger Knabe fand auf der Straße einen Damenhandschuh, den er aufhob und mit dem er sich die Zeit vertrieb. Nach 24 Stunden schwollen die linken Augenlider an. Da man eine ernsthafte Krankheit nicht vermutete, so wurden Hausmittel angewandt, ohne daß Besserung erfolgte. Im Hospital wurde eine blennorrhoische Ophthalmie konstatiert, die bereits intensive Zerstörungen angerichtet und dem Kinde das Sehvermögen des einen Auges geraubt hatte.

Die Behandlung war zunächst auf den Schutz und die Erhaltung des gesunden Auges gerichtet. Später wurde das geschrumpfte, erblindete linke Auge enukleiert.

C. Berliner-Aachen.

Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1. April 1902.

Unter diesem Titel erscheint seit dem 1. April 1902 eine von Leredde herausgegebene neue Fachzeitschrift, die sich in erster Reihe an die praktischen Ärzte wendet, sie für die Dermatologie interessieren, mit den wichtigen Fragen auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtsleiden bekannt machen und ihnen die Regeln auseinandersetzen will, nach denen die dermatologische Therapie gehandhabt wird und deren Kenntnis und Befolgung allein eine Gewähr für gute Heilerfolge gibt. In dem ersten Heft beginnt Leredde eine Serie von Aufsätzen über

Praktische Therapie der Hautkrankheiten. In der Einleitung erfahren wir, daß die Dermatotherapie seit einigen Jahren bedeutende Fortschritte gemacht hat und heute in der Lage ist, jedes Hautleiden zu bessern und eine große Zahl von

Fällen rasch zu heilen. Verfasser unterscheidet drei Hauptmethoden der Therapie: die antimikrobielle, die antiläsionäre und die antipruriginöse Therapie. Die antimikrobielle Therapie hat sich lange auf die Anwendung von mikrobientötenden Mitteln gestützt (antiseptische Methode). Seit einigen Jahren aber ist man wie in der Chirurgie so auch in der Dermatologie von der antiseptischen Methode wegen der ihr anhaftenden Schäden fast ganz abgekommen und zu der aseptischen Methode übergegangen. Diese Methode macht es sich zur Aufgabe, in keiner Weise den Kampf der Gewebe gegen die Mikrobien zu behindern, ihn vielmehr zu erleichtern, sowie den Geweben bei der Entfernung der Mikrobien und ihrer Sekretionsprodukte behilflich zu sein. Anwendbar ist die Methode bei allen oberflächlichen und tiefen Hautinfektionen, sowie bei allen feuchten und juckenden Dermatosen, wenigstens als vorbereitende Behandlung; ferner als „tiefe Asepsis“ zur Beseitigung von in der Haut gelegenen Entzündungsherden und zur Entfernung von Fremdkörpern, die die Drüsenausscheidungen behindern (Comedonen etc.); endlich kommt die Asepsis bei allen Erosionen und Ulcerationen zur Anwendung. Über die einzelnen Formen der Asepsis will sich Verfasser in dem folgenden Artikel verbreiten.

Die Frage der Quecksilbereinspritzungen in der Syphilisbehandlung behandelt Leredde in dem zweiten Artikel des Heftes. Er legt eindringlich den Wert der Injektionen vor den übrigen Anwendungsarten des Quecksilbers dar, bespricht die Technik und gibt eine Übersicht über die wichtigsten löslichen und unlöslichen Quecksilbersalze. Dafs das salicylsaure Salz nur selten mehr angewandt wird, trifft, wenigstens bei uns in Deutschland, nicht zu. (Fortsetzung folgt.)

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Bücherbesprechungen.

Die Blindenverhältnisse bei der Lepra. Klinische Studien von Dr. med. Lyder Borthen, Augenarzt in Throndhjem, Norwegen. Christiania 1902. Das neueste Werk von Dr. L. Borthen über die Blindenverhältnisse der Lepra ist gewissermafsen eine Fortsetzung und Ergänzung seiner — gemeinsam mit Lie verfafsten — bekannten Arbeit „Die Lepra des Auges“. Dem Verfasser standen 227 Lepröse für seine Untersuchungen zur Verfügung. In Übereinstimmung mit Fuchs bezeichnet er als blind ein Auge, das nicht mehr in 1 Meter Entfernung die Finger zu zählen vermag, und teilt danach die Patienten in zwei große Gruppen, solche, die auf beiden Augen „blind“, und solche, die nur auf einem Auge „blind“ waren.

Der erste Teil der Arbeit ist statistischer Art und gibt eine Übersicht über das Material, das Alter der untersuchten Patienten, die Häufigkeit der Blindheit in Hinsicht auf die Zeit ihres Auftretens bei beiden Formen der Lepra und bei beiden Geschlechtern. Weiterhin wird das Verhältnis der Blindheit bei beiden Formen, sowie bei beiden Geschlechtern mit einander verglichen, zum Schlufs noch eine Gegenüberstellung der bei den früheren Untersuchungen gefundenen Zahlen von Bulbusaffektionen und der bei den jetzigen Untersuchungen gefundenen Zahlen der Blindheit gegeben.

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit den Ursachen der Blindheit, gleichfalls getrennt für beide Formen der Lepra. Ein besonderes Kapitel ist der Rolle des Lagophthalmus bei der Erblindung lepröser Augen gewidmet.

Der dritte Teil schliefslich bringt eine Reihe trefflicher Photographien.

Aus dem reichen Inhalte des Werkes sei folgendes hervorgehoben.

Unter 277 untersuchten Patienten fanden sich 198 = 71,48 % nicht blind, 32 = 11,55 % einseitig blind, 47 = 16,98 % doppelseitig blind.

Bei der makulo-anästhetischen Form der Lepra war die Anzahl der einseitig blinden Weiber immer mäfsig, selbst nach 30- bis 60-jährigem Bestehen der Krankheit schwankte sie zwischen 11,11 % und 14,28 %, beiderseitig Blinde fanden sich erst im dritten Jahrzehnt des Bestehens der Krankheit.

Noch günstiger waren in dieser Hinsicht die Verhältnisse bei den Männern, bei denen sich einseitig Blinde weder im dritten, noch fünften und sechsten Jahrzehnt der Erkrankung fanden, beiderseitig Blinde waren auch nur in kleiner Anzahl vorhanden.

Bei der tuberösen Form fanden sich bei den Weibern einseitig Blinde in mäfsiger Anzahl nur in den ersten drei Jahrzehnten des Bestehens der Lepra, Maximum 30 %.

Beiderseitig Blinde fanden sich dagegen in allen Decennien und zwar mit rascher Steigerung der Anzahl, so dafs im fünften Jahrzehnt schon 75 % der Erkrankten erblindet waren.

Die Verhältnisse bei den Männern waren ähnlich.

Insgesamt ergibt sich, dafs bei beiden Formen der Lepra und bei beiden Geschlechtern mit der Dauer der Krankheit, wie zu erwarten, sich die Blindheitsverhältnisse verschlechtern. Die an der knotigen Form leidenden Weiber hatten 33 % Blinde mehr aufzuweisen als die makulo-anästhetischen, bei den einseitig Blinden waren die Prozentverhältnisse etwa gleich.

Ähnlich hatten die an der knotigen Form leidenden Männer doppelt so viele doppelseitig Blinde als die makulo-anästhetischen, aber auch — im Gegensatz zu den Frauen — doppelt so viele einseitig Blinde als die an der andern Form erkrankten Männer.

Was die Ursachen der Blindheit anlangt, so stellte sich heraus, dafs die Erblindung nur durch äufsere Ursachen äufserst selten, vielleicht nie vorkommt.

Nur durch innere Leiden erblindet waren von 58 makulo-anästhetischen 15,52 %, von 68 tuberösen 13,23 %.

Bei den durch äufsere und innere Ursachen erblindeten Augen schien in einem sehr erheblichen Teil (64,58 %) auch eine Keratitis e lagophthalmo eine nicht unwesentliche Rolle bei der Erblindung zu spielen. Da aber alle diese Augen gleichzeitig auch an schweren Uvealerkrankungen litten, steht B. nicht an, zu behaupten, dafs diese die einzigen eigentlichen Ursachen der Erblindung darstellen.[1]

In einem besonderen Kapitel geht B. auf die Frage der Bedeutung des Lagophthalmos bei der Erblindung noch genauer ein. Hierbei stellte sich zunächst heraus, dafs diese Augen bei der makulo-anästhetischen Form nur halb so viel Erblindungen aufwiesen als bei der knotigen Form (28,88 % : 56,10 %). Weiterhin aber ergab sich — entgegen der häufigen Annahme, dafs der Lagophthalmos eine wesentliche Schuld an der Erblindung trage —, dafs bei beiden Formen der Lepra diesem eine irgend

[1] Ref. möchte hierzu bemerken, dafs diese aus klinischer Erfahrung gewonnenen Schlüsse sich sehr gut mit dem decken, was in letzter Zeit durch pathologisch anatomische Untersuchungen von Augen Leprakranker, welche anscheinend noch ganz normal waren oder doch nur erst geringe Erscheinungen von Keratitis darboten, festgestellt ist. Delbanco und Ref., sowie Greeff konnten als erste Eintrittspforte des Leprabacillus in solchen Augen die Iriswurzel feststellen und glauben nach ihren Untersuchungen, dafs die Infektion des Auges wohl stets eine endogene ist. (Vergl. Bericht d. Heidelb. Ophth. Ges. 1901.)

erhebliche Rolle für die Erblindung nicht zukommt, und dafs auch bei diesen Augen die Erblindung als Folge der Uvealerkrankungen anzusehen ist.

In seinen Schlufsbemerkungen tritt Verfasser im Interesse der Wissenschaft, sowie dem der bedauernswerten Kranken sehr warm dafür ein, dafs die Behandlung augenleidender Aussätziger stets einem ausgebildeten Augenarzt anvertraut werde.

Wenn man auch den therapeutischen Optimismus des Verfassers nicht allerseits teilen wird, so ist es doch zweifellos sehr wahr, dafs man durch sachgemäfse Hilfe die Leiden der Kranken erheblich mildern und die völlige Erblindung hinausschieben kann.

In den zum Schlufs gebrachten sehr anschaulichen Bildern kommen nicht nur die verschiedensten Stadien im Verlaufe der Lepra, sondern auch der so aufserordentlich verschiedene Verlauf bei derselben Dauer der Krankheit bei verschiedenen Patienten in trefflicher Weise zur Anschauung.

Das Werk kann allen denen, welche sich für die angeregten Fragen interessieren, zum Studium warm empfohlen werden, wobei ich vielleicht noch besonders hervorheben darf, dafs es in deutscher Sprache verfafst und auch äufserlich ausgezeichnet ausgestattet ist. *E. Franke-Hamburg.*

Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege, herausgegeben von Georg Liebe, Paul Jacobsohn und George Meyer. II. Band, 1. Abteilung. (Aug. Hirschwald, Berlin 1902.) Der vorliegende Band behandelt die offene Krankenpflege in sechs Teilen: 1. Fürsorge auf dem Gebiete des Krankenkomforts, von Paul Jacobsohn. 2. Fürsorge auf dem Gebiete der Krankenwartung, von Paul Jacobsohn. 3. Fürsorge auf dem Gebiete des Krankenpflegerunterrichts, von Paul Jacobsohn. 4. Fürsorge auf dem Gebiete des Krankentransportwesens, von George Meyer. 5. Fürsorge auf dem Gebiete des Rettungswesens, von George Meyer. 6. Fürsorge für Kranke durch die Gesetzgebung, von Dietrich. — Dieser Band setzt das grofs angelegte, eigenartige Werk in würdigster Weise fort. Die erst im letzten Jahrzehnt zu der verdienten Bedeutung gelangte Krankenpflege hat in demselben eine ganz vorzügliche und erschöpfende Gesamtdarstellung gefunden. Zum Studium und zum Nachschlagen wird es vielen unentbehrlich sein. Besonders mufs jedem jungen Arzt, der in die Praxis tritt, mag er sich allgemeiner Praxis zuwenden oder sich einem Spezialfach widmen, es auf das dringendste empfohlen werden, sich dieses Werk als belehrende Lektüre auszusuchen. Unzählige Lücken, die die Universität läfst, kann er hier mit Leichtigkeit ausfüllen — zu seinem eigenen und vor allem zu seiner Patienten Nutzen. Kranken etwas verordnen ist oft viel leichter, als sie zu pflegen.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Kurzes Repetitorium der Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten für Ärzte und Studierende, von M. Oppenheim. (*Breitensteins Repetitorium* No. 27. Leipzig 1902.) Für Examenskandidaten kann so eine Krücke zur Schlufswiederholung ganz nützlich sein, wenn sie vorher das Fach gründlich gelernt haben. Zur alleinigen Ausbildung genügt es natürlich nicht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Sarkome und Sarkoide der Haut. I. Teil: Die Sarkome, von G. Pini. (*Bibliotheca medica.* Abteilung D II.: Dermatologie und Syphilidologie. Heft 9.) Nach eingehender Würdigung der Geschichte der Hautsarkome bespricht Verfasser die Einteilung derselben. Er empfiehlt folgende:

I. Solitäres oder regionäres Sarkom { Naevosarkom, Sarkom von Wunden, Endotheliom.

II. Multiples oder universelles Sarkom
- Primäres
  - Fibröse Sarkomatose,
  - Melanot. Sarkomatose,
- Sekundäres
  - Metastat. Sarkomatose.

Die klinische Bedeutung und den makroskopischen Charakter der Sarkome der Haut im allgemeinen behandelt das folgende Kapitel, dem die Besprechung der Histologie und Histogenese folgt, wobei er rein histologisch die Sarkome folgendermaſsen gruppiert:

I. Spindelzellensarkom
- Bündelsarkom (Sarcoma fasciculatum),
- Riesenzellensarkom,
- Melanotisches Sarkom.

II. Rundzellensarkom
- Kleinzelliges,
- Riesenzellensarkom,
- Melanotisches Sarkom.

III. Endotheliales Sarkom oder Endotheliom
- Sarcoma adenomatodes,
- Netzzellensarkom (Sarcoma reticulatum).

Jede dieser Formen findet die eingehendste histologische Würdigung. Eine Wiedergabe des reichen Inhaltes ist hier nicht möglich. Hervorgehoben sei, daſs ausführlich die Entstehung der Sarkome aus Muttermalen erörtert wird, wobei Verfasser UNNAS Anschauungen nicht beizutreten vermag. Auch die Plasmazellenfrage wird in Erwägung gezogen. Ätiologie, Prognose und Therapie beschlieſsen die Arbeit, der eigene klinisch-biologische Beobachtungen des Verfassers angefügt sind. — Ist die ganze Arbeit als sehr gründliche Darstellung der Hautsarkome wertvoll, so wird sie es in noch höherem Maſse durch die angefügten Tafeln und die auf denselben vorhandenen histologischen Abbildungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Bakteriologie.

Der Smegmabacillus, von A. MÖLLER. *(Centralbl. f. Bakteriol.* 1902. No. 7.) Aus Hautsekret hat Verfasser einen säurefesten, tuberkelbacillenähnlichen Bacillus in Reinkultur gezüchtet, der als der echte Smegmabacillus angesehen werden muss. Die Züchtung gelang zuerst auf mit Hautepithelien gemischtem Serum einer durch ein Blasenpflaster erzeugten Blase. Es wächst der Smegmabacillus auf menschlichem Serum. Derselbe bietet morphologisch eine groſse Variabilität; in frischen Kulturen ist er schlank, zuweilen leicht gekrümmt, in älteren plumper. Der Nährboden ist von groſsem Einfluſs auf die Form. Besonders in Milchkulturen findet man Fäden, Stäbchen mit nicht färbbaren Vacuolen, mit kolbenartigen Anschwellungen, mit intensiv sich färbenden Körnern, Coccothrixformen. — Tinktoriell verhält er sich wie der Tuberkelbacillus, er ist säure- und alkoholfest in allen Generationen. Der Smegmabacillus hat ein grosses Sauerstoffbedürfnis. In den ersten Kulturen ist das Wachstum ein sehr langsames; später wächst er schneller. — Die Tierversuche fallen negativ aus. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Biologie der Gonokokken, von THALMANN. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1902. No. 14.) Mit Rücksicht auf eine Arbeit von WILDBOLZ legt Verfasser gemäſs seinen

in einer früheren Arbeit niedergelegten Anschauungen klar, daſs der Gonococcus auch auf einfachen Nährböden wächst, wenn man nur eine bestimmte Reaktion einhält. Derselbe wächst weder auf lackmussaurem noch lackmusneutralem Substrat, sondern erst, wenn der Boden leicht alkalisch gegen Lackmus geworden. Das Wachstum nimmt zu bei weiterem Zusatz an Lauge, wenn bis ²/₃ der für die Phenolphthaleinneutralität nötigen Lauge zugefügt ist, um dann abzufallen und auf Null zu sinken, ehe der Nährboden gegen Phenolphthalein neutral geworden. Nur letzteres ist als Indikator für die Reaktion zu benutzen. — Verfasser citiert aus der russischen Literatur eine Arbeit von Ströhmberg, der seine Ergebnisse durchaus bestätigt. Es lassen sich so in einfacher Weise mit Leichtigkeit Gonokokkenzüchtungen ausführen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bemerkungen über Cyanophyceen und Bacteriaceen, von O. Bütschli-Heidelberg. (*Arch. f. Protistenkunde.* 1902. Bd. I.) Die Frage nach dem Bau der Cyanophyceen- und Bakterienzelle ist identisch mit der Frage: Gibt es kernlose Zellen oder sogenannte Moneren? Denn nur diese Organismen werden heute noch, wenigstens von einigen Forschern, ernstlich als kernlos angesehen. Verfasser vertritt seit Jahren die Ansicht, daſs auch diese Organismen kernhaltig sind. Neuerdings wollte Hegler die Kernnatur des sogenannten Zentralkörpers der Cyanophyceen durch Beobachtung echt karyokinetischer Teilung bei der Vermehrung der Zellen mit Sicherheit festgestellt haben. Verfasser führt aus, daſs nach Prüfung der photographischen Reproduktionen Heglers die Frage noch nicht als entschieden betrachtet werden kann. Trotzdem möchte Verfasser die Mitteilungen des inzwischen verstorbenen Forschers nicht kurzweg ablehnen, da er selbst inzwischen ähnliche Teilungszustände beobachtet hat, die in der vorliegenden Arbeit in vorzüglichen Abbildungen wiedergegeben sind. Anschlieſsend berichtet Verfasser über einige feinere Beobachtungen an gewissen gröſseren Schwefelbakterien. *A. Loewald-Graudenz.*

Hygiene.

Ein Beitrag zur Bekämpfung der sexuellen Krankheiten: Das belgische Merkblatt für Geschlechtskrankheiten, von Hopf-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 36.) Die belgische Regierung hat vor kurzem durch den obersten belgischen Gesundheitsrat unter dem Titel „Praktische Instruktionen zum Gebrauche für Behörden und Publikum, um das Auftreten der übertragbaren Krankheiten zu verhüten und ihre Ausbreitung zu bekämpfen“, Merkblätter herausgeben lassen, von denen eines dem Kampfe gegen die venerischen Krankheiten gilt. Dasselbe bespricht in ausführlicher und allgemein verständlicher Weise alles, was das Laienpublikum über die Syphilis und den Tripper wissen muſs, um sich vor Ansteckung schützen und der Weiterverbreitung der Seuchen entgegenwirken zu können. Es ist das erste Mal, daſs sich eine Regierung an die groſse Menge wendet, um durch Aufklärung derselben die sexuelle Hygiene und Prophylaxe zu fördern. Der Verfasser, der in seinem Aufsatze die wichtigsten und interessantesten Abschnitte des Merkblattes wiedergibt, hofft, daſs diese Art der Aufklärung von amtlicher Seite sich als ein segensreicher Fortschritt im Kampf gegen die venerischen Krankheiten erweisen werde. *Götz-München.*

Vorschläge für die zweite internationale Konferenz zur Prophylaxe der Syphilis und der venerischen Krankheiten zu Brüssel, 1.—6. Sept. 1902, von Ludwig Merk-Graz. Der Verfasser verlangt die ärztliche Anzeigepflicht für Syphilis und venerische Krankheiten. Es müſste dies aber so geschehen, daſs der Name des

betreffenden Kranken geheim bleibt (damit würde der Verfasser gerade den Begriff „geheime Krankheit“ stützen, den zur Besserung der Verhältnisse auszumerzen Vorbedingung jeder ersprieſslichen Tätigkeit ist. D. Ref.). Auſserdem müſste die ärztliche Anzeige der Behörde Anhaltspunkte über Provenienz der Krankheit und Art der Symptome geben. Zu erstrecken hätte sich die Anzeige des Arztes auf blennorrhoische Affektionen, auf ausgebrochene Syphilis und auf venerische Helkosen. Für die drei Leiden wären verschiedenfarbene Anzeigeformulare zu wählen. Für Augentripper besteht in Österreich schon die Anzeigepflicht. Auch die Kontrollbücher für Prostituierte mit Notierung aller überstandenen Geschlechtskrankheiten möchte Merk beibehalten beziehentlich eingeführt wissen, und zwar mehrfarbig wie die obigen Anzeigeformulare. *Hopf-Dresden.*

Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von F. Uhl. (*Ärztl. Prax.* 1902. No. 17/18.) Die Abhandlung beschäftigt sich mit den verschiedenen Arten der individuellen Prophylaxe. Als ideales Prophylacticum gegen Trippererkrankungen gilt dem Verfasser das Protargol. Was die empfohlenen Apparate zur Applikation des Mittels anbelangt, so scheint dem Verfasser derjenige der Viro-Gesellschaft am empfehlenswertesten. Er besteht in einer kleinen Zinntube mit 20 prozentigem Glycerinprotargol, welches erst in der Fossa navicularis flüssig wird. Der Apparat wird nur einmal gebraucht. Was den Schutz gegen Syphilisansteckung betrifft, so hält der Verfasser eine Wachspasta zum Gebrauch vor dem Coitus für besonders empfehlenswert. Der Wachsseifen-Creme Viro enthält zudem noch 1 % Formaldehyd. Post coitum braucht der Betreffende nur Wasser zur Reinigung zu nehmen. Dasselbe schäumt seifig mit dem Pastenrest zusammen. *Hopf-Dresden.*

Über Seemannsordnung und Geschlechtskrankheiten, von C. Graeser-Neapel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 47.) Nach einer Bestimmung der jetzt noch giltigen deutschen Seemannsordnung sind geschlechtskranke Matrosen von der Wohltat kostenloser Behandlung, wie sie den an anderen Krankheiten Leidenden von den Reedern gewährt werden muſs, ausdrücklich ausgeschlossen. Die neue deutsche Seemannsordnung, die am 1. April 1903 in Kraft treten wird, bestimmt dagegen, daſs derjenige Schiffsmann, der sich eine Krankheit durch eine strafbare Handlung zugezogen hat, von dem Anrecht auf Verpflegung und Behandlung auf Kosten des Reeders ausgeschlossen ist, ferner, daſs der Kapitän den Schiffsmann vor Ablauf der Dienstzeit entlassen kann, wenn der Schiffsmann mit einer geschlechtlichen Krankheit behaftet ist, die den übrigen an Bord befindlichen Personen Gefahr bringen kann. Diese Bestimmung bedeutet gegenüber der alten keine wesentliche, durchgreifende Besserung. Der Verfasser, der als dirigierender Arzt am deutschen Krankenhause in Neapel die verderbliche Wirkung dieser engherzigen Bestimmungen nur zu gut kennt, plaidiert mit warmen Worten dafür, daſs hier Wandel geschaffen wird, daſs die geschlechtskranken Matrosen der Wohltaten der Krankenversicherung ebenso teilhaftig werden, wie die an anderen Krankheiten Leidenden; es müssen alle Gründe, die zur Verheimlichung von venerischen Affektionen Veranlassung geben, beseitigt werden. — Der interessante Aufsatz enthält u. a. auch eine kurze Zusammenstellung der diesbezüglichen Gesetze der meisten anderen seefahrenden Nationen. Daraus erhellt, daſs nur in Dänemark und zwar schon seit dem Jahre 1874 den geschlechtskranken Matrosen kostenlose Verpflegung und Behandlung auf Kosten des Staates zugesichert ist. *Götz-München.*

Zur Aufklärung über das günstige Verhältnis der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Barmen zu anderen gleich groſsen Städten, von Arthur Strauss-Barmen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 40.) Strauss begründet die Tatsache, daſs in Barmen die Zahl der Geschlechtskrankheiten verhältnismäſsig

klein ist, ausführlich. Barmen ist Fabrikstadt mit meist einheimischen und wenig von auswärts zuziehenden Arbeitern ohne Hafen, ohne Garnison, ohne Studenten, ohne Künstlerschaft. Die Bevölkerung steht vielfach auf streng kirchlichem Boden, die Lohnverhältnisse sind gut, es herrscht kein groſsstädtisches Leben, Animierkneipen fehlen, auswärtige Dirnen kommen selten nach Barmen, wogegen in dem benachbarten Elberfeld die Prostitution viel ausgebreiteter ist und in jeder Beziehung für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten günstigere Bedingungen bietet.

Bernhard Schulze-Kiel.

Der Abolitionismus, von Fournier. (*Le Bulletin méd.* 1902. No. 65 und 66.) In zwei klinischen Vorträgen plaidiert F. für die Reglementation der Prostitution und gegen den Abolitionismus, welcher unter anderen in der Josephine Butler, in Pressensé, Stansfeld etc. ihre begeisterten Verfechter gefunden hat.

C. Müller-Genf.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Hautsymptome bei einigen der häufigeren Krankheiten, von J. Galloway-London. (*Brit. med. Journ.* 3. Mai 1902.) Verfasser bespricht einige Dermatosen als Komplikationen von chronischer Nephritis (Erythema multiforme und Urticaria), von Diabetes (Dermatitis seborrhoica, Dermatitis und Pruritus genitalium) und Hautläsionen bei Störungen im Kreislauf. Bei letzteren verbreitet er sich hauptsächlich über die bei geringer Spannung im Blutgefäſssystem entstehenden sogenannten „Ephelides ab igne“ und die mit Tuberkuliden groſse Ähnlichkeit darbietenden Ulcerationen auf ischämischer Basis. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Kasuistik der Syringomyelie und über die bei dieser Krankheit vorkommenden Hautstörungen, von Paul Fleger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 33.) Ein typischer Fall von Sklerodermie gibt dem Verfasser Gelegenheit zur Erörterung der bei diesem Leiden vorkommenden Dermatosen, die in der Schlesingerschen Monographie ja auf das Gründlichste abgehandelt sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Pathologie der Gewebsveränderungen, welche durch die Röntgenstrahlen verursacht werden, speziell in Bezug auf die Behandlung der malignen Geschwülste, von Carl Beck-New York. (*New York med. Journ.* 24. Mai 1902.) Im allgemeinen handelt es sich bei diesen Gewebsveränderungen meist um eine Art Brandwunden, welche sich jedoch von jenen gewöhnlicher Art hauptsächlich dadurch unterscheiden, daſs sie erst nach einer gewissen Inkubationszeit, nach ungefähr zwei Wochen, auftreten und überhaupt die Röntgenstrahlendermatitis einen mehr chronischen Charakter aufweist. Daſs dabei die individuelle Disposition eine groſse Rolle spielt, ist genügend bekannt. An der Hand eines Falles von Lupus erythematodes, der durch vier Abbildungen illustriert ist, werden die Gewebsveränderungen, welche am Neoplasma durch die Einwirkung der Röntgenstrahlen vor sich gehen und die Natur einer chronischen Entzündung tragen, erläutert. Wenn auch in vielen Fällen von Lupus, von Carcinom u. s. w. der heilende Einfluſs der Röntgenstrahlen festgestellt wurde, so warnt B. doch davor, deren Anwendung zu verallgemeinern und ihnen das zu überlassen, was rascher und wirksamer durch ausgedehnte Excision geschehen kann. Die Röntgenbestrahlung ist sodann zur Nachbehandlung sowohl wie bei inoperablen Fällen anzuwenden, da selbst nach einer ausgiebigen Operation in den tieferen Gewebsschichten Carcinomzellen zurückbleiben, welche vom Messer nicht zu erreichen sind. Was die Technik betrifft, so empfiehlt B., der eine sehr groſse Erfahrung

besitzt, zuerst nur eine Expositionszeit von fünf Minuten und später (nach einer Woche) eine solche von zehn Minuten, die Entfernung der Röhre sollte anfangs 10 cm, später bis zu $2^1/_2$ cm sein. Schliefslich führt B. noch den heilenden Einflufs der Röntgenbestrahlung auf Hautsarkome, was zuerst von ihm konstatiert worden sei, an.

Stern-München.

Bericht über zwei Fälle vorübergehender Hypertrophie der Hautdrüsen in der Achselhöhle im Puerperium, von C. S. Bawn-Chicago. (*Med. News.* 9. Aug. 1902.) Die Schwellung wurde in beiden Fällen vier Tage nach der Geburt bemerkt, verschwand in dem einen Falle nach 3—4 Tagen vollständig, in dem anderen nach fünf Tagen, um aber hier zwei Tage später wieder aufzutreten und längere Zeit noch anzuhalten. Diese Drüsenschwellungen sind völlig harmloser Natur, werden nicht gar selten, wie die angeführte Literatur lehrt, nach Entbindungen, gewöhnlich 3—4 Tage nach denselben, zuweilen aber auch (Champney) während der Schwangerschaft gefunden und stellen die hypertrophischen Schweifsdrüsen der Achselhöhle dar.

Stern-München.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über einige neuere physikalische Heilmethoden bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von Eduard Schiff. (*Wien. med. Presse.* 1902. No. 22.) Verfasser berichtet zunächst die schönen Ergebnisse, die er mit Röntgenbehandlung erzielt hat. Er zieht harte Röhren und kurze Sitzungen vor; wenn auch die Behandlung dann länger dauert, so sind doch Nebenwirkungen weniger zu fürchten. — Die Prüfung hochfrequenter Ströme ergibt, dafs dieselben die Hautnerven sehr beeinflussen, besonders zur Behandlung von Angioneurosen geeignet sind. Dasselbe erzielt man mit der Franklinisation. Die Ozonwirkung will Verfasser jetzt prüfen, da dieselbe bei der Röntgenbestrahlung vielleicht mitspielt. — Endlich benutzt der Verfasser auch die Finsenschen Apparate, deren Applikation ja derjenigen der Röntgenstrahlen gegenüber sehr mühsam und kostspielig ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Balneologie und Dermatologie, von E. Vollmer-Kreuznach. (*Balneolog. Centralztg.* 1902. No. 27.) Nichts Neues. Empfehlung von Sol- und sonstigen Bädern bei verschiedenen Hautkrankheiten und Sexualerkrankungen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die reduzierende Behandlungsmethode in der Dermatologie, von Darier. (*Journ. d' pratic.* 1902. No. 37.) Kurzgefafste Zusammenstellung der in der Dermatologie gebräuchlichen reduzierenden Medikamente. *Götz-München.*

Zur klinisch-therapeutischen Verwertbarkeit konstanter Wärme, von Karl Ullmann. (*Wien. klin. Rundsch.* 1902. No. 23.) Zur Applikation konstanter Wärme hat Verfasser einen neuen Apparat konstruiert „Hydrothermoregulator" (W. J. Rohrbeck Nachf., Wien). Mittels desselben kann Wasser von einer bestimmten, regulierbaren Temperatur andauernd durch die „Thermoden", die Wärmezuleitungskörper, getrieben werden. Die praktische Prüfung ergab gute Resultate. Das Ulcus venereum wird durch die kontinuierliche oder diskontinuierliche Wärmeapplikation (41—41,5°) avirulent gemacht. Auch andere Ulcerationen reinigen sich schnell. Längerdauernde, gleichmäfsige, kontinuierliche Erwärmung hemmt die Eiterung. — Sehr gut beeinflufst wird die Epididymitis blennorrhoica; Gummisuspensorien, die kontinuierlichen Durchflufs gestatten, werden dazu benutzt. (Harburger Gummifabrik in Wimpassing.) Auch alte, zurückgebliebene Infiltrate werden der Resorption entgegengeführt. — Die Prostatitis heilt gut unter der Wärmeapplikation. Wärmemessungen in der Urethra

ergeben, daſs man die Temperatur in letzterer um 2° steigern kann, wenn man die höchste, im Rectum vertragene Temperatur von 45° dauernd appliziert. — Apparat und Thermoden werden in Abbildungen wiedergegeben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Anwendung der überhitzten Luft in der Dermatologie, von Dauban. (*Thèse de Paris.* 1902.) Der Verfasser beschreibt den physiologischen Effekt, den die überhitzte Luft auf die Haut und den ganzen Organismus ausübt, schildert dann die therapeutische und die baktericide Wirkung der heiſsen Luft und betont hier, daſs durch die Anwendung derselben namentlich Schmerzen und Juckgefühl rasch beseitigt werden. Er hat mit der Heiſsluftbehandlung einen Fall von Duhringscher Dermatitis herpetiformis, einen Fall von Dyhidrosis palmaris und 2 Fälle von papulo-squamösem Syphilid zur Heilung gebracht, je ein Fall von keratoidem Ekzem, Hebrascher Prurigo und Psoriasis wurden gebessert. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt D. die Heiſsluftbehandlung bei allen Störungen der Hautsekretion (Dyhidrosen), bei den sekundären Hautinfektionen (Ekzematisation infolge von Kratzen), den akuten entzündlichen Dermatosen (nässendes Ekzem) und allen durch äuſsere Ursachen bewirkten Hautentzündungen. *Götz-München.*

Bemerkungen zur Organotherapie im Anschluſs an Fälle von Akromegalie, Myxoedema infantile und Morbus Addisonii, von L. Huismann-Köln. (*Ther. d. Gegenw.* Aug. 1902. Heft 8.) Angeregt durch drei Fälle obiger Krankheiten, bei denen man mit mehr oder weniger Erfolg Organotherapie versucht hat, bespricht H. mit Berücksichtigung der bisher erschienenen Literatur die Theorie der Organotherapie, die noch in den ersten Anfängen steht und noch mehr oder weniger ein unaufgeklärtes Gebiet ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über einige serodiagnostische Versuche, von Karl Kreibich. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 22.) Die Hämolyse hat Verfasser in folgender Weise geprüft: Zu 3 ccm einer 4%igen Blutaufschwemmung wurden 1—12 Tropfen resp. 3 ccm Serum zugesetzt, und normale Erythrocyten in verschiedener Menge den pathologischen Seris beigemengt. Die Versuche wurden auch mit gewaschenen Blutkörperchen wiederholt. Die Proben blieben 3—4 Stunden im Thermostaten und 10 Stunden in Zimmertemperatur. — Es wurden untersucht Sera von: Pemphigus, Erysipel, Lues, Combustio, Purpura, staphylogener Pyämie. Die Resultate waren absolut negativ, es trat niemals Hämolyse ein. Dieses geschah aber stets bei Verwendung von Kaninchenblut, aber weder quantitativ noch qualitativ ergaben sich regelmäſsige Unterschiede zwischen normalem und pathologischem Sekrete, so daſs man daraus keine diagnostische Handhabe erhält. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Geschichtliche Beiträge zur äuſseren Alkoholtherapie, von R. Kaufmann-Frankfurt a. M. (*Dtsch. Ärztezig.* 1. April 1902.) An der Hand von 52 Arbeiten, welche Verf. fleiſsig zusammengestellt hat, führt er den Nachweis, daſs entgegen der Behauptung Salzwedels, welcher das Verdienst hat, den Alkohol wieder in die Therapie eingeführt zu haben, derselbe schon vor Jahrtausenden, zu den Zeiten der alten Griechen und Römer, als äuſseres Heilmittel Verwendung und auch späterhin im Mittelalter in der Behandlung von Wunden und Hautkrankheiten ausgedehnten Gebrauch gefunden hat. In Form von Wein wurde er bei den alten Griechen und Römern als Desinfektionsmittel bei Operationen und in der Geburtshilfe, in der Abkochung von Wein mit verschiedenen Kräutern zur Desinfektion und Reinigung von Wunden am Ende des 17. und im Laufe des 18. Jahrhunderts gebraucht. Bei Pemphigus wurde auf die eröffneten Blasen Branntwein mit Eiweiſs gelegt, entstehende Akne, Furunkel, Karbunkel oder Anthrax, sowie Panaritieen werden durch Baden in Alkohol oder Kataplasmen damit, chronische Hauterkrankungen, vor allem Krätze, mit Weingeisträucherungen oder auch mit Spiritusbädern behandelt — eine Summe von Beweisen,

wonach der Alkohol früher als äufseres Medikament wegen seiner fäulniswidrigen Wirkung eine grofse Rolle gespielt hat. *Stern-München.*

Dermathotherapie mittels medikamentöser Seifen, von G. J. Müller-Berlin. (*Dtsch. Med. Ztg.* 1902. No. 58.) Die Vorzüge gegenüber der Salben- und Pastenbehandlung bestehen in intensiverer und rascherer Oberflächen-, gröfserer Tiefenwirkung, in der Auslösung leuko- und serotaktischer Vorgänge. Dazu kommt die Leichtigkeit, mit der Applikation variieren, und dadurch die Wirkung abstufen zu können. Die Herstellung der Grundseife bietet jedem Arzt Gelegenheit zur Verordnung in beliebiger Rezeptform. M. empfiehlt das Savonal als Grundseife besonders bei chronischen Hauterkrankungen und das Thiosavonal, welches als Teerthiosavonal alle übrigen Teerpräparate überflüssig macht. Ferner empfiehlt er Schwefel-, Ichthyol-, Resorcin-, Pyrogallus-, Chrysarobin-, Karbol-, Jodoform-, Formalin-, Perubalsam-, Camphor-, Menthol-, Terpentin-, Tanninsavonal, für die er die betreffenden Indikationen angibt. Ein weiterer Abschnitt schildert die Krankheitspruppen und anzuwendende Seifenkompositionen, sowie die hygienische und kosmetische Bedeutung der Seife, auf deren richtige Bereitung grofser Wert zu legen ist.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die baktericide Wirkung verschiedener Hefepräparate, von R. Ledermann und M. Klopstock. Vortrag, gehalten am 13. September 1902 in der dermatol. Sekt. d. Naturforschervers. in Karlsbad i. B. Nach einleitenden Bemerkungen über die schon in den siebziger Jahren von Naegeli beschriebene, baktericide Wirkung der gärenden Hefe und die bei der Hefegärung entstehenden Produkte, bespricht Ledermann die von Landau und Albert erzielten Heilerfolge mit gärender Hefe bei der Behandlung vaginaler Erkrankungen. Er erwähnt dabei die Beobachtung Alberts, dafs auch die sterile Dauerhefe — d. h. die nach Abtötung der lebenden Hefezellen gärfähig gebliebene Bierhefe diese baktericide Wirkung besitzt, eine Tatsache, die Geret in Reagenzglasversuchen in bezug auf verschiedene pathogene Bakterien bestätigen konnte. Nachdem von Lassar, Brocq und anderen Dermatologen der interne Gebrauch der Hefe bei den verschiedensten Dermatosen empfohlen wird, hat Ledermann in gemeinschaftlicher Arbeit mit M. Klopstock im Institut für medizinische Diagnostik (Berlin) die baktericide Wirkung der Hefe im Tierversuch zu bestätigen vermocht, ohne indessen zu abschliefsenden Resultaten gekommen zu sein, da es nicht gelang, bei Tieren entsprechende Hautkrankheiten zu erzeugen. Nur konnte durch Verfütterung die Unschädlichkeit der Prefshefe beim Kaninchen nachgewiesen werden. Es wurde daher nunmehr im Reagenzglasversuch die Wirkung verschiedener, zum internen Gebrauch bei Hautkrankheiten empfohlener Hefepräparate auf Bakterien vergleichsweise geprüft, indem mit den verschiedenen Hefepräparaten beschickte Traubenzuckerpeptonbouillon abwechselnd mit Typhusbacillen, mit Staphylokokken, mit Colibacillen beimpft wurde. Nach verschiedener Zeit der Gärung wurde in Agar abgeimpft und Platten gegossen. Dabei ergaben sich folgende Resultate:

1. Typhusbacillen wurden durch gärende Dauerhefe nach 24—48 Stunden, durch Prefshefe nach 28 Stunden, durch Levurinose nach 74 Stunden abgetötet, während Furunculin und eine Hefezellenreinkultur das Wachstum nicht beeinflufsten.

2. Staphylokokken wurden in derselben Weise durch Dauerhefe nach 48—54 Stunden, durch Prefshefe nach 24—54 Stunden, durch Levurinose nach 74 Stunden abgetötet.

3. Colibacillen wurden durch Dauerhefe nach 72—76 Stunden, durch Prefshefe nach 24 Stunden, durch Levurinose nach 74 Stunden abgetötet.

Furunkulin und Hefezellen in Reinkultur blieben auch auf das Wachstum von Staphylokokken und Coli ohne Einwirkung.

Zu gleichen Resultaten ist kürzlich RAPP gekommen, so daſs die bakterioide Wirkung der als wirksam genannten Hefepräparate gesichert erscheint.

Redner empfiehlt zum Schluſs bei interner Hefedarreichung eine an Amylaceen möglichst reiche Kost zu verabreichen. *Autoreferat.*

Die therapeutische Anwendung der X-Strahlen, von G. H. LANCASHIRE-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 31. Mai 1902.) Der Verfasser hat die Methode angewendet a) bei Hypertrichosis; b) bei kokkogener Sykosis; c) bei Lupus vulgaris; d) bei Ulcus rodens.

Die Behandlung der Hypertrichosis erstreckt sich über Monate und verlangt groſse Ausdauer seitens des Arztes, wie der Patienten, ist aber auch von gutem, nachhaltigem Erfolge begleitet.

In einigen Fällen von hartnäckiger Sykosis wurde schon nach wenigen Sitzungen bedeutende Besserung erzielt.

Für die Lupusbehandlung mit X-Strahlen eignen sich besonders die ausgedehnten, ulcerierten Fälle, während umschriebene Stellen, vereinzelte Knoten rascher mit dem FINSENschen Apparat gebessert werden. — Bestimmte Normen für die Dauer der Sitzung, die Stärke der Strahlen lassen sich nicht aufstellen, hier muſs ganz individuell, je nach der Intensität der Krankheit, der Empfindlichkeit der Haut etc. verfahren werden. Für die Röntgenbehandlung eignen sich noch manche Fälle von Schleimhautlupus.

Die guten Erfolge, welche andere Autoren beim Ulcus rodens mit X-Strahlen erzielt haben, kann Verfasser bestätigen. Doch ist die Zahl der Fälle zu klein, die Zeit seit Eintritt von Heilungen noch zu kurz, um ein abschlieſsendes Urteil über die Brauchbarkeit der Methode abzugeben. *C. Berliner-Aachen.*

Verschiedenes.

Dr. Unnas Kursus in allen Zweigen der Dermatologie findet statt vom 12. März bis 1. April 1903 in Hamburg. Dauer drei Wochen. Wöchentlich 44 Stunden.

Nähere Auskunft durch Dr. DREUW, Heussweg 13.

BARGUM: Normale Histologie der Haut.
DELBANCO: Patholog.-histol. Demonstrationen.
DREUW: Photographie; stereoskopische und Mikrophotographie.
HERZ: Bakteriologie.
LEISTIKOW: Spezielle Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.
LEWI: Dermato-pharmaceut. Präparate.
PAPPENHEIM: Theorie der Färbung.
PLAUT: Dermatomykosen.
ULLMANN: Färbetechnik.
UNNA: Poliklinische Demonstrationen.
Allgemeine Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.
WULFF: Urologie.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 36. No. 5. 1. März 1903.

Zwei Fälle von Chylurie infolge von Filariosis.

Von

Dr. REMBINGER, und Dr. MENAHEM HODARA,
Direktor des Kaiserlichen Instituts für Bakteriologie
Vorstand der dermatologischen und urologischen Abteilung des K. Ottomanischen Marinehospitals
zu Konstantinopel.

Die Chylurie tritt unter verschiedenen Bedingungen auf. Man beobachtet sie einmal bei Personen, die Europa niemals verlassen haben alsdann hat sie bald parasitäre Ursachen (Strongolus gigas, Taenia Nana), bald andere, wie Peritonealgewächse, Verwachsungen u. s. w. Nach FREDCHEWSKI bestehen in der Literatur im ganzen ungefähr 20 Fälle von sogenannter europäischer Chylurie. Viel häufiger ist die Chylurie der Tropen; sie ist fast immer parasitären Ursprungs, und zwar handelt es sich entweder um die Bilharzia haematobia oder um die Filaria sanguinis humani. Zwei Fälle letzterer Form haben wir letzthin hier zu beobachten Gelegenheit gehabt. Die beiden Patienten stammten aus Ägypten. Wegen einiger Besonderheiten, die sie darboten, und weil es das erste Mal ist, daſs die Filaria in Konstantinopel beobachtet wurde, schien es mir interessant, diese beiden Fälle zu veröffentlichen.

Fall I.

Chylurie seit fünf Jahren bestehend; daneben kein weiteres Symptom der Filaria. Embryonen im Blut vorhanden. — Heilung der Chylurie mittels Terpentin und Ausspülung der Blase mit Höllensteinlösung. Eosinophilie.

Saïd Eïd, 23 J. alt, Araber, Matrose am Bord des türkischen Schiffes „El Mahroussé“.

Patient war bisher immer gesund gewesen; seine jetzige Erkrankung ist zugleich auch seine erste. Aufgenommen ins Marinehospital am 10. August 1902. Sein jetziges Leiden besteht seit fünf Jahren. Da er bei Beginn seiner Krankheit Alexandrien noch nie verlassen hatte, so

muſs er sie sich dort zugezogen haben. Seit jenem Zeitpunkt hat er häufige Fahrten zwischen Alexandrien, Rhodos und Konstantinopel gemacht, andere Länder hat er aber nie besucht.

Angeblich habe er die Krankheit vor fünf Jahren nach einem Coitus (?) bekommen; sie äuſserte sich zuerst in häufigem und erschwertem Wasserlassen, Ausfluſs und Schmerz bestanden aber nicht. Doch fiel dem Kranken auf, daſs sein Urin milchfarben war und daſs er im Gefäſs sofort gerann. Auch seien des öfteren weiſse Häute mit dem Harn abgegangen; Blut will er dagegen nie beobachtet haben.

Dieser Zustand blieb eine unbestimmte Zeitlang bestehen, dann hörte er von selber auf, kehrte aber bald wieder. Dieses Spiel wiederholte sich fortwährend, so daſs Zeiten klaren Urins mit solchen, in denen er milchfarben war, abwechselten. Ob dieser Wechsel sich unter einem bestimmten Einfluſs vollzog, vermag er nicht anzugeben, doch glaubt er, daſs sein Urin im Sommer immer milchig, im Winter immer klar war. Sein Allgemeinbefinden blieb dabei fortwährend vorzüglich; er hat seinen Dienst an Bord des „Mahroussé“ nie unterbrochen. Nur rein zufällig kam er ins Marinehospital und lieſs sich hier behandeln.

Patient ist kräftig und gut gebaut, macht den Eindruck eines völlig gesunden Menschen und bietet auſser der Chylurie keine anderen Symptome, die auf Filaria schlieſsen lieſsen. Weder Elephantiasis, noch Hydrocele, noch Ascites, noch Adenopathie u. s. w. sind vorhanden. Der milchige Harn und eine geringgradige Polakiurie sind die einzigen Abnormitäten, die sich feststellen lassen. Dieses milchartige Aussehen des Urins ist allerdings sehr ausgesprochen, er sieht direkt aus wie Mandelsirup. Einzelne kleine, weiſse Membranen, die wie gekochtes Eiweiſs aussehen, schwimmen darin umher. Hat er einige Minuten gestanden, so gerinnt er zu einer dicken, gelatinösen Masse, und man kann das Gefäſs dann stark neigen, sogar ganz umkehren, ohne daſs er ausläuft. Aus dieser Gelatine konnten mit Leichtigkeit mittels einer Pipette kleine Stückchen zur mikroskopischen Untersuchung entfernt werden (Obj. 9; Oc. III Verick).

Unter dem Mikroskop tritt zunächst ein äuſserst dichtes, fibrinöses Netzwerk in die Augen, das zahlreiche weiſse, aber nur spärliche rote Blutkörperchen und Fettkörner enthält. Daneben sieht man an vielen Punkten zahlreiche charakteristische Filaria-Embryonen sich bewegen mit ihrem abgerundeten Kopf- und ihrem fadenförmigen Schwanzende. Ihre Länge schwankt zwischen 1—2 mm, ihre Breite zwischen 0,05—0,15 mm; ihr Körper ist quer gestreift. Sehr deutlich ist auch eine zentrale Linie erkennbar, die vom Kopf zum Schwanzende zieht und aus lauter grauen Granulationen besteht. — Filariaeier lassen sich im Urin nicht auffinden, ebensowenig Fibrincylinder oder Epithelzellen der Tubuli contorti, bezw.

des Nierenbeckens. Außer den genannten Bestandteilen enthielt der Urin nur noch einige Phosphate und Oxalate.

Auch in den weißen, wie gekochtes Eier-Eiweiß aussehenden Häutchen, die an der Oberfläche des frisch gelassenen Urins schwammen, fanden sich keine anderen Beimengungen, auch kein anderes Mengenverhältnis der corpusculären Elemente. Die von einzelnen Autoren beschriebenen Embryonenhaufen haben wir nicht gefunden.

Herr Dr. Ali Riza Bey, der geschätzte Chemiker der Kaiserlich Medizinischen Schule, war so liebenswürdig, den Urin einer gründlichen chemischen Untersuchung zu unterziehen. Wir sagen ihm auch an dieser Stelle unseren herzlichsten Dank dafür. Die Ergebnisse dieser Analyse lassen wir hier folgen:

	Aussehen	milchig
	Geruch	foetid
	Dichte	gelatinös
	Reaktion	schwach sauer
	Spezif. Gewicht	1021
Normale Bestandteile	Harnstoff	19,5 ‰
	Harnsäure	0,4 ‰
	Oxalsäure	Spuren
	Urobilin	0 %
	Indican	Spuren
	Chlornatrium	9,0 ‰
	Phosphorsäure	2,0 ‰
Abnorme Bestandteile	Glykose	0 %
	Inosit	0 %
	Gallenfarbstoff	0 %
	Gallensäuren	0 %
	Ammoniak	0 %

(Auf die rasche Zersetzung des chylösen Urins haben schon verschiedene Autoren hingewiesen. De Nabias und Sabrazès schreiben sie der raschen Entwicklung anäerober Mikrobien zu.)

	Gelbe fettige Substanz	2,0 ‰
Albuminoide Stoffe	Mucin	Spuren
	Serin, Fibrin, Globulin	18 ‰

Anmerkung. Das gründlich gewaschene Albumin-Coagulum enthält eine kleine Menge Phosphorsäure. Daraus folgt, daß der Urin sein gelatinöses Aussehen sowohl dem Albumin, wie auch dem Fibrin verdankt.

Bei der mehrfach vorgenommenen Untersuchung des Tagesblutes wurde die Filaria niemals gefunden, sofort dagegen bei einer Untersuchung um 10 Uhr abends. Demnach handelte es sich um die Filaria Bancrofti (Cobbold), Filaria nocturna (Maisson), d. h. um die verbreitetste und bestgekannte Form der Filaria. — In jedem Präparat fanden sich 1 bis 2 Embryonen. Sie hatten dieselben Eigenschaften wie die im Urin

gefundenen, waren nur viel beweglicher. Das erklärt sich wohl daraus, daſs ihre Beweglichkeit durch das fibrinöse Netzwerk des Urins stark behindert war.

Das Blut erwies sich bei der Untersuchung als schwerer gerinnbar, dem Serum fehlte die milchige Beschaffenheit. Unverändert waren die roten Blutkörperchen; keine Leukocytose; auf 450 Hämatien kommt ein weiſes Blutkörperchen. Dagegen lieferte die Untersuchung der verschiedenen Varietäten der weiſsen Blutkörperchen manche interessante Besonderheiten (Färbung mit dem Triacid Ehrlich[1]). Auf 100 weiſse Blutkörperchen kommen:

Lymphocyten	3
Mononukleäre	8
Polynukleäre	19
Eosinophile	70

Die Zahl der Eosinophilen ist aber nicht nur beträchtlich vermehrt, sondern die Menge der Granulationen in jeder einzelnen von ihnen ist auch gröſser, als man sie unter ähnlichen Bedingungen zu finden gewohnt ist. Dabei flieſsen sie so dicht zusammen, daſs es nicht gelingt, sie zu zählen. Das Protoplasma ist bei den meisten Leukocyten vollkommen verschwunden. Rings um die mit Triacid hellblau gefärbten Kerne sieht man nur rot-violettfarbige Granulationen. Die Ränder der Leukocyten sind oft uneben, bedingt durch Hervorragung solcher Granula, und im ganzen haben sie das Aussehen von Maulbeeren. Oft irren auch um ein weiſses Blutkörperchen einzelne Kerne umher, nachdem sie anscheinend ihre Protoplasmahülle durchbrochen haben; alsdann sind sie aber nicht mehr rot-violett, sondern viel eindeutiger und viel lebhafter rot gefärbt.

Der Vollständigkeit halber sei verzeichnet, daſs wir auch das Sperma, allerdings vergebens, auf Embryonen der Filaria untersucht haben.

Patient erhielt innerlich 1,5 Ol. Therebinth. täglich, während die Blase mit Höllensteinlösungen ausgespült wurde. Die Ausspülungen wurden mit heiſsem Wasser täglich zweimal vorgenommen; die Lösung, anfänglich 1,0 : 2000,0, wurde allmählich auf 1,0 : 500,0 verstärkt. Im übrigen beobachtet Patient keine besondere Diät, liegt auch nicht zu Bett. Bei dieser Behandlung erfolgte sehr bald eine merkliche Besserung. Das Harngerinnsel wird immer dünner und stellt sich zuletzt gar nicht mehr ein, schlieſslich zeigt der Harn nur noch eine ganz leichte Fluorescenz. Bei der nunmehrigen Untersuchung enthält er nur noch 0,5 Eiweiſs auf

[1] *Aurantia*
Eosin
Indulin aa 2,0
Glycerin 30,0
Wegen weiterer Einzelheiten vergl. Nicolle et Rembinger, Traité de Technique biologique, S. 414 ff.

1 Liter, gegen 18,0 : 1000,0 im Anfang. Die Embryonen sind jetzt ganz verschwunden. Gegen den 20. September wird der Urin dann ganz klar, und Patient kann als geheilt betrachtet werden. Nur nach stärkeren körperlichen Anstrengungen sieht der Harn noch etwas chylurisch aus und enthält er wieder etwas Eiweifs. In der Ruhe verschwinden diese Symptome rasch wieder.

Fall II.

Erster Anfall von Chylurie im Alter von 26 Jahren. — Zweiter Anfall im Alter von 50 Jahren nach einer Pause von 24 Jahren. — Heilung mittels Terpentinöl und Ausspülung der Blase mit Höllensteinlösungen. — Lymphgefäfserweiterungen in beiden Leistengegenden.

Mehmed effendi Moussa, 50 J. alt, Ingenieur an Bord des türkischen Schiffes „El Mahroussé“.

Mehmed effendi ist zu Alexandrien geboren und hat sich schon früh auf Reisen begeben, hat ganz Ägypten und den Sudan durchquert und Zanzibar besucht. Auch hat er häufige Reisen zwischen Suez und Konstantinopel gemacht, so dafs es schwer ist, zu ermitteln, an welchem Ort er sich seine Krankheit zugezogen hat. Sie besteht bei ihm seit 24 Jahren. Er war 26 Jahre alt, als er eines Nachts in Alexandria, ohne nachweisbare Ursache, plötzlich heftige Schmerzen in der Blasengegend verspürte und nicht wassern konnte. Heifse Umschläge auf den Unterleib ermöglichten es ihm dann, den Urin unter andauernd heftigen Schmerzen tropfenweise zu entleeren; er war aber sehr erstaunt, als er bemerkte, dafs dieser jetzt gelassene Urin milchfarben war .... In den nächsten Tagen nahmen Schmerz und Behinderung beim Wasserlassen noch zu, Patient bekam alle fünf Minuten Harndrang; der Urin blieb beständig milchfarben und gerann sofort zu einer festen Masse, die man, wie er sagte, mit dem Messer schneiden konnte. Zuweilen fand die Gerinnung auch schon in der Blase oder in der Harnröhre statt, und es wurden dann beim Urinieren richtige Gerinnsel mit entleert. Patient mufste dabei natürlich stark pressen und hatte lebhaften Schmerz. Blut war seiner Angabe nach dem Urin niemals beigemengt.

Wegen dieses Zustandes wurde er damals von Alexandrien zur Behandlung nach Konstantinopel geschickt, und er denkt noch immer an die fürchterlichen Blasenschmerzen, die er während der Überfahrt auszustehen hatte. In Konstantinopel wurde er ins Marinehospital aufgenommen, weifs aber über die damalige Behandlung nichts mehr auszusagen. Er erinnert sich nur noch, dafs nach 10 Tagen sein Harn wieder normale Beschaffenheit angenommen hatte und dafs er seinen Dienst auf der „Mahroussé“ wieder versah.

Seitdem hat er abwechselnd in Alexandrien und in Konstantinopel gelebt, dort im Winter, hier im Sommer, und hat sich immer ganz gesund gefühlt. In den ganzen 24 Jahren war er nur einmal an einer Phlegmone des Arms erkrankt; die Stelle ist noch an einer Narbe erkennbar. Vor drei Monaten nun wurde Patient in unmittelbarem Anschluſs an eine Überfahrt von Alexandrien nach Konstantinopel von heftigen Blasenschmerzen und Behinderung beim Urinieren befallen, was ihn sofort an seine vor 24 Jahren durchgemachte Krankheit erinnerte. Auch diesmal war der Harn milchweiſs und gerann sofort zu einer festen Masse. Patient hatte alle fünf Minuten Harndrang, dabei kam der Urin nur tropfenweise, auch wurden hin und wieder gleichzeitig mit ihm Gerinnsel entleert. Keine Hämaturie. Einige Tage später, am 1. Juli 1902, wurde Mehmed Effendi ins Marinehospital aufgenommen.

Die Natur des Leidens wurde nicht gleich richtig erkannt, ohne daſs Patient glücklicherweise unter unseren Zweifeln zu leiden hatte. Die Behandlung war eine symptomatische: er wurde auf Milchdiät gesetzt, erhielt Terpentin in Kapseln (0,5 täglich); auſserdem wurde seine Blase morgens und abends mit einer heiſsen 4 ‰ igen Lösung von Höllenstein ausgespült. Innerhalb der nächsten vier Tage besserte der Zustand sich wesentlich; Patient brauchte nur alle Stunde zu wassern; das Urinieren war leichter und weniger schmerzhaft. Das Terpentin wurde auf 1,5 täglich gesteigert, die Höllensteinlösung auf 1,0 : 2000,0 verstärkt. Darauf hörten Schmerz und Behinderung beim Wassern ganz auf. Der Urin klärte sich, trotzdem Patient wieder sein gewöhnliches Essen bekam, ganz auf. 22 Tage nach seiner Aufnahme konnte Mehmed Effendi völlig geheilt das Krankenhaus verlassen.

Als nun einen Monat später der ersterwähnte Patient zur Aufnahme kam, da stellten wir auch nachträglich bei diesem zweiten Fall die Diagnose auf Chylurie infolge von Filaria. Unserer Aufforderung entsprach Mehmed Effendi bereitwillig und verbrachte die Nacht des 23. August im Krankenhause. Das um 10 Uhr abends entnommene Blut enthielt die charakteristischen Embryonen; der Urin war dabei vollkommen klar, enthielt nichts Abnormes, auch keine Spuren von Eiweiſs; im Centrifugenrückstand fanden sich nur einige gleichgiltige Blasen- und Harnröhrenzellen, aber weder Embryonen noch Eier der Filaria.

Patient bot aber ein anderes, interessantes Symptom: zwei hernienartige Geschwülste in den Leistengegenden, deren zerrendes Gewicht er durch Binden zu mildern sucht. Die rechte, umfangreichere Geschwulstmasse ist angeblich vor drei Jahren beim Heben einer schweren Masse plötzlich entstanden. Doch ist Patient in seinen Erinnerungen nicht ganz zuverlässig. Die linke Hernie hat sich allmählich vor einigen Monaten entwickelt.

Bei der Untersuchung findet man in beiden Leisten, bis in das Scrotum hinabreichend, einen Tumor, der beim Stehen und beim Pressen gröfser wird, der sich aber auch in der Rückenlage nicht ganz in die Bauchhöhle zurückschieben läfst. Beide Geschwülste sind auf Druck empfindlich, besonders die rechte. Diese stellt eine weiche, teigige, knotige Masse mit undeutlichen Rändern dar und erinnert dem Gefühl nach noch am ehesten an eine Varikocele. Doch waren wir keinen Augenblick im Zweifel, dafs wir es nicht mit venösen, sondern mit lymphatischen Erweiterungen zu tun hätten. Von einem operativen Eingriff rieten wir ab.

Patient ist in jeder anderen Beziehung gesund und kräftig, hat über nichts zu klagen. Es besteht keine Spur von Ascites, Elephantiasis oder Adenitis, kurz, kein anderes Symptom der Filaria.

Sein Blut weist dieselben Veränderungen auf wie das des ersten Falles. Die Zahl der weifsen Blutkörperchen ist nicht vermehrt (ein weifses auf 400 rote). In Bezug auf die weifsen Blutkörperchen besteht folgendes Verhältnis (Färbung mit EHRLICHS Triacid):

Lymphocyten	3%
Mononukleäre	5%
Polynukleäre	17%
Eosinophile	75%.

Die Zahl der Eosinophilen ist hier also noch gröfser, als im ersten Fall; die Körner sind auch hier in den befallenen Leukocyten ungeheuer vermehrt und stehen in einzelnen so dicht, dafs diese Leukocyten wie Maulbeeren oder wie Stachelkugeln aussehen. Ebenso haben auch hier die Granula zum Teil ihre Protoplasmahülle durchbrochen und sind unregelmäfsig um die blau gefärbten Kerne verstreut; in diesem Falle sind sie am eindeutigsten und am stärksten rot gefärbt.

Die beiden hier mitgeteilten Fälle von Chylurie zeichnen sich durch folgende Besonderheiten aus:

1. Durch das Fehlen der Hämaturie.

Die Hämaturie ist bisher in fast allen Fällen von parasitärer Chylurie beobachtet worden. Ihr Fehlen läfst sich auf zweierlei Weise erklären. Es wäre entweder möglich, dafs die Embryonen von den Lymphgefäfsen unmittelbar in die Harnwege gelangt sind, oder dafs die von ihnen in die Gefäfswände gebohrten Öffnungen für die Blutkörperchen zu eng waren. Man weifs es ja, dafs der Durchmesser der „Mikrofilaria“ (LE DANTEK) geringer als der der roten Blutkörperchen ist.

2. Durch die Beschaffenheit des Urins.

Der Urin war so dick, dafs man ihn mit dem Messer schneiden konnte (Beob. II); dafs man das Gefäfs umdrehen konnte, ohne dafs ein Tropfen ausflofs (Beob. I). Für gewöhnlich ist die Gerinnung weniger vollständig, denn von den meisten Autoren wird der chylurische Harn

mit einem dicken Sirup oder einer weichen Gallerte verglichen. Die Dicke des Gerinnsels hängt, wie wir beobachtet haben, von der Menge des im Urin enthaltenen Fibrins und Nukleo-Albumins ab. Bei unseren beiden Patienten blieb der Harn unbeeinflufst durch die Tageszeit, durch die Lage und durch die Ernährungsweise. Eine derartige Beeinflussung ist aber von verschiedenen anderen Seiten gemeldet worden. Nur einmal nahm bei unserem ersten Patienten, als er schon so gut wie geheilt war, der Urin nach einer etwas stärkeren Ermüdung wieder ein chylurisches Aussehen an.

3. Durch den geringen Fettgehalt des Urins.

Unter dem Mikroskop fanden sich nur spärliche Fettgranula; die chemische Analyse ergab einen Fettgehalt von 2 : 1000. Danach ist wohl der Schlufs berechtigt, dafs das chyliforme Aussehen des Urins, wenigstens nicht ausschliefslich, von der Fettemulsion herrührte, dafs vielmehr aller Wahrscheinlichkeit nach auch die Anwesenheit der Eiweifsstoffe hieran mit schuld war. Bekanntlich findet diese Erklärung der Laktescenz auch für die Pleura- und Peritonealergüsse mehr und mehr Anhänger (Jeusset).

4. Durch die Eosinophilie.

Sie war in beiden Fällen sehr ausgesprochen (70% beim ersten, 75% beim zweiten Patienten). Die Eosinophilie ist bei der Trichinose (68% Brown), bei der Lumbricose (26% Bucklers), bei der Ankylostomose (72% Leichtenstern) und bei Personen mit Taenia mediocanellata (34% Leichtenstern) beobachtet. Es war nun interessant, zu untersuchen, ob der Parasit die nämlichen Wirkungen zeigen werde, wenn er sich, anstatt im Darm oder den Muskeln, im Blut befand. Wir legen auf die ungeheure Menge von Körnern in den einzelnen Leukocyten besonderes Gewicht. Man kann sich des Gedankens nicht erwehren, dafs die phagocytäre Kraft der Polynukleären dadurch wesentlich beeinträchtigt wird. Vielleicht erklärt sich hieraus die Beobachtung mancher Chirurgen, dafs die Operationswunden bei Patienten mit Filariose so leicht eitern und so leicht zu ernsten Komplikationen Anlafs geben.

5. Durch die lange Dauer der Krankheit und ihren milden Verlauf.

Unser erster Patient litt seit fünf Jahren an Chylurie; doch reagierte sein Organismus gar nicht auf den gewaltigen Eiweifsverlust (18 g auf das Liter Urin). Unser zweiter, 50jähriger Kranker hatte seinen ersten Anfall von Chylurie im Alter von 26 Jahren gehabt. Man könnte, da er die Gegenden, in denen die Filaria heimisch ist, nie verliefs, zur Not annehmen, es handle sich bei unserer Beobachtung um eine neue Erkrankung, wenn nicht die Lymphvaricen der beiden Leistengegenden für einen dauernden Bestand der Filariose bei ihm sprächen.

6. Durch die Heilung der Chylurie mittels Terpentin und Ausspülung der Blase mit einer Höllensteinlösung.

PLINT hat empfohlen, die Chylurie mit Methylenblau zu behandeln (stündlich 0,12 in Kapseln); MONCORVO wendet das Ichthyol an. Wir haben mit Ol. Therebinth. (1,8—2,0 täglich) und mit Ausspülungen von heifsen Höllensteinlösungen behandelt. Wir haben damit sofortige Besserung und schnelle Heilung erzielt. Allerdings bekam der Urin im ersten Fall nach einer Ermüdung wieder ein leicht chyliformes Aussehen. Es braucht aber wohl auch nicht erst bemerkt zu werden, dafs diese Heilungen der Chylurie immer sehr fraglicher Natur sind. Nur das Symptom Chylurie wird beseitigt, die Filariose kann aber weiter bestehen bleiben. Der ausgewachsene Parasit, der tief versteckt in den Lymphgefäfsen haust, wird von unseren therapeutischen Mafsnahmen nicht berührt. LAVERAN meint, dafs das Chinin vielleicht auch ein Filariagift sei. Wir haben deshalb unseren Patienten den Chiningebrauch empfohlen. Leider entzogen sie sich dann aber unserer Beobachtung, so dafs wir über eine etwaige Verminderung der Embryonen nichts auszusagen wissen.

Schliefslich sei noch erwähnt, dafs in unseren beiden Fällen einzelne von Anderen erwähnte klinische Symptome vermifst wurden, so „Crises testiculaires" (RÉNON), Fieberanfälle, Jucken der Hände und der Ellenbogen, Hautvesikeln, die Mikrofilarien zum Inhalt haben können (LAVERAN).

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Über das Wesen der sexuellen Neurasthenie.

Von

DR. MORITZ POROSZ-(POPPER)
emer. Universitätsassistent der Budapester Universitätsklinik.

Viele Autoren verfechten die Ansicht, dass einzelne krankhafte Erscheinungen des Geschlechtslebens im Nervensystem ihren Ursprung haben. Aus diesem Grunde fassen wir diese Symptomengruppe unter dem Namen Neurasthenia sexualis zusammen. Wenn wir der Sache auf den Grund kommen wollen, müssen wir uns die Frage vorlegen: Was ist im allgemeinen die Ursache der Neurasthenie?

Neurasthenie kann durch vielerlei Ursachen hervorgerufen werden. Ereignisse, welche das Gehirn ständig beschäftigen und das Nervensystem in fortwährender Erregung halten, so dafs ihre Tätigkeit nicht durch entsprechende Ruhe abgelöst wird, bieten sehr oft zur Entwicklung einer Neurasthenie Veranlassung. Materieller Ruin, Unglücksfälle, ermüdende

geistige Arbeit mit ständigen Reizen, verantwortungsvolle Berufstätigkeit, Sorgen, Kummer, mehr oder minder schwere oder langanhaltende Krankheiten, begründete oder unbegründete Furcht vor gewissen Krankheiten und vieles andere kann zum Ausbruche einer Neurasthenie beitragen.

Was ist die wirkende Kraft z. B. in dem Umstand, wenn jemand sein Vermögen verliert, oder wenn jemand sich ganz grundlos vor einer Krankheit fürchtet, von der er nicht befallen ist? Es ist kein Zweifel, daſs es eine Kraft ist, welche auf die Materie des Organismus einwirkt, und das kann nur die Seele sein. Die übertriebene Inanspruchnahme des Gemütes und der dadurch hervorgerufene Reiz bildet die Verbindungsbrücke zwischen der auſserhalb des Organismus stehenden Krafteinwirkung und der Neurasthenie.

So werden die Krankheitserreger mit den bekannten Folgen in Verbindung gebracht. Und diese Folgen sind funktionelle Störungen. Beard haben wir ihren Namen zu verdanken, der „asthenia nervorum“ darunter verstanden hat. Arndt hatte auf wissenschaftlicher Basis nachgewiesen, daſs asthenische Nerven das Ritter-Wallsche Ermüdungsgesetz rechtfertigen.[1]

In diesen Nerven ist es noch nicht gelungen, unmittelbar materielle Veränderungen nachzuweisen. Es ist uns auch unbekannt, was in den Nerven geschieht, welcher Art die Veränderung ist, welche Veränderungen in den aktiven gesunden Nerven vor sich gehen.

Kurz und gut, die schwankende und trügerische Basis unserer Diagnose ruht infolge unserer Unkenntnis nur auf den subjektiven Klagen und den auch objektiv wahrnehmbaren Funktionsstörungen.

Treten diese Störungen in den Geschlechtsorganen auf oder es stellen sich die subjektiven Klagen nach oder während der normalen oder abnormalen Tätigkeit der Geschlechtsorgane ein, oder sie stehen mit jenen in gewissem ursächlichem Zusammenhang, dann bekommt die Neurasthenie das Epitheton „sexualis“.

Wie jede Neurasthenie, die sich während des krankhaften Zustandes einzelner Organe entwickelt oder sich diesem zugesellt, schlieſst sich auch die sexuelle Neurasthenie beinahe immer sekundär den sexuellen lokalen Veränderungen an. Daſs die lokalen Veränderungen nicht erkannt werden, findet aber nicht nur darin eine Erklärung, daſs sie nicht bestehen, sondern auch darin, daſs sie bei dem heutigen Stande unserer Wissenschaft nicht erkannt werden können oder nicht erkannt worden sind. Unsere Therapie wird eine ganz andere sein, wenn die Diagnose eine primär entstandene sexuelle Neurasthenie betrifft, als wenn die Diagnose auf eine

---

[1] Die Reizbarkeit kann früher erreicht werden; sie liegt näher, ihre Dauer ist aber kürzer.

lokale Erkrankung lautet, zu der sich die sexuelle Neurasthenie sekundär zugesellt hat.

Im ersten Falle ist die lokale Behandlung von schädlichen Folgen; sie kann zur Verschlimmerung der Neurasthenie beitragen. Im zweiten Falle ist die lokale Behandlung von grosser Wichtigkeit. Sie kann auf kürzestem Wege zum Ziele, zur Heilung der Neurasthenie führen. Wird die lokale Behandlung vernachlässigt, kann dieses Ziel nur auf großen und langen Umwegen erreicht werden, — wenn es überhaupt möglich ist. Kann aber von den Funktionsstörungen auf lokale Veränderungen gefolgert werden, oder man kann lokale Veränderungen auch objektiv nachweisen, dann darf man diese Abweichungen der Neurasthenie nicht zuschreiben.

Die Diagnose auf Neurasthenie ist ja oft nur dazu gut, um unsere individuelle oder allgemeine Unwissenheit zu verbergen. Haben die Klagen eines redseligen, wichtigtuenden Patienten auf geschlechtliche Störungen Bezug, so sind wir mit der Diagnose auf sexuelle Neurasthenie bald fertig. Schon viele, ihr ganz fernstehende Symptome sind auf ihre Rechnung geschrieben worden.

Löwenfeld sagt, die Diagnose auf Neurasthenie ist um so sicherer, je längere Zeit verstrichen ist, ohne daß sich sonstige Symptome irgend eines organischen Leidens gezeigt haben.

Auch ich habe mich auf den Standpunkt Löwenfelds gestellt, weil ich mich überzeugt habe, daß die funktionellen Störungen nicht in der Nerventätigkeit, sondern im Mechanismus ihre Ursache haben. Deshalb hege ich Zweifel, daß die sexuelle Neurasthenie in der bekannten Form eine selbständige Erkrankung ist. Zur Bekräftigung meiner Behauptung will ich erwähnen, daß ich die wichtigsten, oft nur allein dastehenden Symptome, von denen man annimmt, ihr Ursprung liege im Nervensystem, als objektive Veränderungen erkannt habe.

Auch nach Fürbringer ist die sexuelle Neurasthenie nur eine abweichende Form der Nervenkrankheiten, die zumeist durch geschlechtliche Schädlichkeiten hervorgerufen worden ist und deren klinische Symptome sich nur allein als Geschlechtsstörungen zeigen, die der Krankheit ihren Grundcharakter geben.

Eulenburg hebt die Symptome der „reizbaren Schwäche" auf dem Gebiete der genitalen Nerven hervor, sagt aber, „das darf uns nicht dazu verleiten, an ein in sich abgeschlossenes klinisches Krankheitsbild zu denken".

Krafft-Ebing reiht die sexuelle Neurasthenie als Abart der visceralen Neurasthenie in drei Gruppen in steigender Stufenfolge.

I. Gruppe. Genitalis localis neurosis (Hyperaesthesie, Pollutionen, Ejaculatio praecox).

II. Gruppe. Neurose des Lendenwirbels (reizbare Schwäche),

Neuralgie des Plexus lumbosacralis, die Pollutionen mit ihren unangenehmen Folgen, reizbare Schwäche nach einem Coitus, so auch nach Tagespollutionen, die eine Abnahme der Potenz zur Folge haben kann.

III. Gruppe. Die allgemeine Neurasthenie, die durch Weiterverbreitung der Neurose des Lendenwirbels hervorgerufene spinale und cerebrale Irritation (Gastral-cordialneurosis, Spermatorrhoe).

Diese Stufenfolge trifft aber sehr oft nicht zu. Deshalb acceptiert auch Fürbringer nicht eine solche Gruppierung, weil es, wie er sagt, ein häufiger Fall ist, dass nach Spermatorrhoe sofort ohne jeden Übergang die Symptome der cerebralen Neurasthenie, der Gastral- und Cordialneurosis auftreten. Andererseits, „gibt es nicht wenige an Pollutionen Leidende, die schon damals ganz impotent waren, also die sexuelle Neurasthenie noch nicht entwickelt war“.

Übrigens hat auch er die Erfahrung gemacht, daſs bei Onanisten die cerebrale Neurasthenie, bei Personen hingegen, die mit dem Coitus excedieren, die spinale Irritation vorherrschend ist. Nach Krafft-Ebing und Kraepelin folgt der Onanie von den Psychosen zumeist die Melancholie und Hypochondrie. Nach Schrenck-Notzing ist als Folge der Onanie eine stetige Abnahme der geistigen Funktionsfähigkeit zu beobachten, d. h. die sexuelle Neurasthenie zeigt sexuelle Veränderungen, die von den ihr vorangegangenen Ursachen abhängen. Die Krafft-Ebingsche Stufenfolge ist also nicht zutreffend.

Auch Löwenfeld hält die Pollution nicht für genitale, sondern zentrale bezw. spinale Neurose.

In Anbetracht der aussergewöhnlich groſsen Mannigfaltigkeit, welche die Symptome der sexuellen Neurasthenie zeigen, und in Anbetracht dessen, daſs diese mannigfaltigen Symptome in die kunterbuntesten Gruppen eingeteilt werden, gruppiert er die Symptome nach ihrem Ursprung von einer entsprechenden Stelle (darüber herrschen recht abweichende Meinungen) ungefähr folgendermaſsen:

I. Auf lumbale Neurose weisen die Symptome der Blasenneurose hin. Zu diesen gehören: Häufiger Harndrang, brennender Schmerz beim Urinieren, Blasen-, Harnröhrenkrampf (Sphincter) und widerwärtiges Nachtröpfeln. All diese Symptome zeigen sich bei vollkommen reinem, von einer Cystitis absolut freien Urin. Sie stellen sich auch nach normalem Coitus ein. Sie unterscheiden sich aber nicht von den neurasthenischen Symptomen nicht sexuellen Ursprungs. So ist damals z. B. auch die Einführung des Katheters sehr schmerzhaft.

II. Myelasthenie (Beard) oder spinale Irritation (Leyden) mit folgenden Symptomen, oft auch ohne lumbale Neurose: Rücken-,

Lendenschmerzen, Parästhesien, schwere Glieder, steifes Gefühl, Gliederreifsen, Kältegefühl, Ameisengefühl, Händezittern, Gürtelgefühl und sonstige den Symptomen des Tabes ähnliche oder identische Symptome. Sehr oft ist der Patellarreflex gesteigert, in wenigen Fällen normal und nur selten fehlt er ganz.

III. In diese Gruppe fafst er jene Symptome zusammen, welche auf eine Cerebrasthenie hinweisen: die Abweichungen in den Sinnesorganen, z. B. Sehstörungen (Photophobie, Photopsie, Schmerzen im Augapfel u. s. w.), Hörstörungen (Sausen, Empfindlichkeit für einzelne Töne), mit diesen zumeist Kopfschmerzen, Kopfdruck, Schwere im Kopfe, Wallungen, Schlaflosigkeit, Schwindel, Energielosigkeit, Vergesslichkeit, schwerfällige geistige Tätigkeit mit darauffolgender rascher Ermüdung, Schläfrigkeit, schwankende Gemütsstimmung, Furcht- und Zwangsvorstellungen, Stammeln und sonstige Sprachstörungen. Von der Energielosigkeit sagt BINSWANGER treffend: „Nicht das Wollen liegt danieder, sondern das Können", dann die gesteigerte Empfindlichkeit für Kälte und Wärme.

Dann sind noch die Erscheinungen, welche dem Coitus folgen, zu erwähnen: Mattigkeit, Reizbarkeit u. s. w., die aber schon sehr oft bei stark abgenommener Potenz ausbleiben. FÜRBRINGER hat auch oft die Erfahrung gemacht, dafs in einzelnen Fällen der Coitus auf sämtliche Symptome der Neurasthenie lindernd, auf den Organismus erfrischend wirkt. Er erwähnt, ein starker Mann hätte ihn konsultiert, wie seine Potenz gehoben werden könnte, damit er den Coitus wegen seiner erfrischenden Wirkung häufiger vornehmen könne. Dieselbe Methode ist von einem Patienten eines Kollegen in Anspruch genommen worden. Daraus ist ersichtlich, dafs GYURKOVECZKY recht hat, wenn er sagt, dafs die Niedergeschlagenheit nach dem Coitus ein ähnliches Gefühl ist, wie das bei einem, der sich satt gegessen hat und bedauert, nicht mehr essen zu können.

Meines Erachtens ist der ganz entgegengesetzte Zustand vor und nach dem Coitus deshalb so auffallend, weil vor dem Coitus eine ungewöhnliche Lebhaftigkeit nicht nur bei Menschen, sondern auch bei Tieren wahrnehmbar ist und sie nach dem Coitus wieder normal wird.

Palpitation und Arythmie des Herzens kann sich auch bei gesunden Menschen während des Coitus einstellen. Die Magendyspepsie, die Störungen der Darmtätigkeit müssen nicht erst eingehender erörtert werden. Ernährungsstörungen und ihre bekannten Folgen gehen damit Hand in Hand.

Schliefslich soll des von PEYER beschriebenen Asthma sexuale gedacht werden.

Aus der skizzenhaft gruppierten, nicht vollständigen Klassifikation dieser Gruppen ist ersichtlich, dafs die Symptome der sexuellen Neurasthenie als solche, auch an und für sich, aber auch in unzähligen Gruppen in Erscheinung getreten, nichts anderes sind als Symptome der allgemeinen Neurasthenie. Einzelne nähern sich entschieden dem bekannten klinischen Bilde einzelner Gehirnerkrankungen. So gesteht auch FÜRBRINGER, dafs er bei einem Onanisten die Symptome einer sich zufällig entwickelten Meningitis basilaris und eines Gehirntumors für Symptome einer infolge der Onanie aufgetretenen sexuellen Neurasthenie aufgefafst habe.

Auch dieser Umstand gibt LÖWENFELD recht, wenn er sagt, dafs die Diagnose auf sexuelle Neurasthenie gerechtfertigt wird, wenn längere Zeit keine organische Erkrankung diagnostiziert wird.

Keineswegs ist die sexuelle Neurasthenie scharf begrenzt. Auch dieser sexuelle Zusammenhang hat nur so Berechtigung und diese Symptome haben als charakteristische nur so lange Existenzberechtigung, bis es nicht gelingt, von den Störungen, die sich in der sexuellen Sphäre melden, festzustellen, dafs es Funktionsstörungen sind, welche durch Erkrankung gewisser lokaler Organe hervorgerufen werden.

Meines Erachtens sind die meisten Symptome, die zugleich manchmal der Ausgangspunkt der übrigen neurasthenischen Symptome sind, ähnlicher Art. Meiner Ansicht nach sind die hauptsächlichsten Symptome der sexuellen Neurasthenie in diese Kategorie zu reihen: Ejaculatio praecox, Pollutionen, Spermatorrhoe und auch die aus diesen entstandene Impotenz.

Es gibt Fälle, in denen diese Symptome allein auftreten. Es ist beinahe unerklärlich, dafs angesehene Nervenpathologen, fachkundige Urologen mit einer verstockten Hartnäckigkeit an dem „Leisten" der sexuellen Neurasthenie festhalten, gewaltsam über diesen „Leisten" die klinischen Symptome ziehen und dabei nicht wahrnehmen wollen, wo die Gesamtheit der vorhandenen Symptome eng oder weit anliegt. Sie tun, als wenn man besseres nicht kennen müfste, als uns das allgemein verbreitete Wissen und Können bietet.

Es wird uns nicht schwer fallen, unsern Gedankengang auf den logischen und richtigen Weg zu lenken. In jedem Lehrbuche sind die organischen Veränderungen beschrieben, bei denen die bekannten lokalen sexuellen Funktionsstörungen der Neurasthenie auftreten.

* * *

Auch die Urethritis blennorrhoica, welche eine rein lokale Erkrankung ist (von der allgemeinen will ich hier nicht sprechen), ruft in der Schleimhaut Veränderungen hervor: Sie hat ein Ödem, Infiltration, Narben zur Folge, verursacht in der Blase eine Entzündung, einen Katarrh,

in der Prostata, in der Samenblase eine Vergröfserung, Vereiterung, Abscesse, und nachher eine Bindegewebsanhäufung u.s.w. Müfste im Falle einer unvollkommenen Funktion dieser Organe nicht der erste Gedanke sein, dafs hier wahrscheinlich ein lokaler Fehler vorhanden ist, in dem die unmittelbar wirkende Ursache liegt?

Die bisherige Auffassung hat dies wenigstens rundweg in Abrede gestellt. Es wurde in Abrede gestellt, weil es die schon pünktlich gezeichneten Zirkel gestört hätte und weil sie die Begründung der schon acceptierten Thesen als schwere Aufgabe und unbekanntes Ding gehalten hätte.

Wem wäre es eingefallen zu behaupten, dafs der Geruch des Chlorgases auf dem Reflexwege die Entzündung der Nasenschleimhaut hervorruft? Liegt nicht dem logischen Denken die Antwort näher, dafs das Chlorgas auf der Schleimhaut zu Salzsäure wird und dafs sie dort eine ätzende Wirkung hervorruft, die die Schleimhautentzündung zur Folge hat. Ist nicht die Folgerung richtig, dafs etwas, was nicht Chlorgas ist, auf der Schleimhaut nicht zu Salzsäure wird, keine ätzende, eine Entzündung hervorrufende Wirkung übt, trotzdem dafs es einen Chlorgeruch hat.

Es ist bekannt, dafs bei akuter Urethritis post. blennorrhoic. die Entzündung der Samenblase vorkommt, und dafs dabei Pollutionen u.s.w. auftreten. Und doch, wenn die Urethritis geheilt ist, geht die Entzündung der Samenblase zurück. Mit Hilfe unserer rohen Untersuchungsmethoden können wir dort objektive Veränderungen nicht nachweisen. Bisher war das die natürliche Auffassung, dafs die auch weiter auftretenden Pollutionen einer Reflextätigkeit zuzuschreiben sind, welche durch die Reizbarkeit des Ejakulationszentrums ausgelöst wird. TROUSSEAU, ULTZMANN, FÜRBRINGER und mit ihnen die ganze Ärztewelt halten die Pollutionen für motorische Neurose.

GRÜNFELD wies nach, dafs während einer akuten Blennorrhoe im Urin oft Sperma zu finden ist. Auch FÜRBRINGER hat die Erfahrung gemacht, dafs in 25 von 140 Tripperfällen Sperma im Urin war. Diese Patienten waren weder Onanisten, noch Neurastheniker. Er behauptet, dafs sich bei einem Teil dieser Patienten Spermatorrhoe, bei einem andern keine entwickelt. Sogar bei Prostatahypertrophie ist Spermaturie nicht selten. Das ist doch schon ein genügend objektiver Befund, und dennoch wird die Spermatorrhoe von der ganzen Ärztewelt als Lähmung des Ductus ejaculatorius zentralen Ursprunges betrachtet.

Auch die Erklärung dafür ist leicht.

Der ständige Reiz der chronischen Urethritis posterior auf der Schleimhaut übt einen ständigen Einflufs auf das Ejakulationszentrum, dessen Reizbarkeit die motorische Neurose der Pollutionen hervorruft. Oder er hat nach einzelnen Autoren durch Erschlaffung des Ejakulationszentrums

eine Lähmung der Samenblase bezw. des Ductus ejaculatorius zur Folge. Diese These wird, wie es den Anschein hat, durch GRÜNFELDS Harnröhrenbefund bekräftigt. Er hatte die Anschwellung, die Entzündung des Caput gallinaginis „beinahe immer“ auch in solchen Fällen nachgewiesen, wenn nach einem Abusus sexualis ohne Tripper Pollutionen und Spermatorrhoe aufgetreten sind. FÜRBRINGER hat ebenfalls eine mäſsige Hyperämie gefunden. Es ist doch sonderbar, daſs diese sich auf einen kleinen Raum beschränkende Entzündung, welche „beinahe immer“ aufzufinden war und welche auch andere Autoren (FÜRBRINGER u. a. m.) nur für eine Hyperämie halten, in den Zentren einen solch hochgradigen Reiz hervorgerufen hat. Und welch hochgradigen Reiz muſs erst in den Zentren hervorrufen die intensive Entzündung der ganzen Harnröhre, die so reich an PACINIschen Nervenendigungen ist? (KLEIN.) Und welche Verwüstung müssen anrichten die jahrelang anhaltenden (mehr oder weniger) mit Eiterungen verbundenen chronischen Entzündungen?

Demnach gäbe es keinen Menschen, der nicht an pathologischen Pollutionen, an Spermatorrhoe u. s. w. leiden würde! Es wäre auch kein Mensch auf der Welt, der nicht eine sexuelle Neurasthenie hätte! Und was sagt denn doch die Erfahrung? Daſs sich die Pollutionen und Spermatorrhoe, oder die sexuelle Neurasthenie — statistische Daten zu Hilfe zu rufen, scheint überflüssig zu sein — bei sehr wenigen Perzenten, vielleicht bei einem Bruchteil, entwickelt.

Da aber die Miktions- und Defäkationsprostatorrhoe (eitriges Prostatasekret) und Spermatorrhoe so oft unmittelbar nach der Blennorrhoe gefunden werden, schrieben ULTZMANN und EULENBURG, die sich der Feststellung des Zusammenhanges nicht verschlieſsen konnten, der — Prostatanerven lähmenden — Wirkung des Blennorrhoegiftes (Toxin) diesen Zustand zu.

Das ist unwahrscheinlich, weil es bekannt ist, daſs die Zähigkeit und Widerstandsfähigkeit der Nerven eine viel gröſsere ist, als die der übrigen Gewebe. Sie werden nicht so leicht krank, heilen aber auch nicht so leicht. Dann kann das Gift den Nerven auf einer viel gröſseren Fläche (durch die ganze Harnröhre) und viel oberflächlicher als in der dicken Prostata, im Laufe des tiefen Ductus ejac., zugeführt werden, und doch soll es nach einer Wirkung, die am schwersten zu erzielen ist und von kürzerer Dauer ist, das Nervensystem der Prostata lähmen und die übrigen Teile nicht!

Andererseits kommen auch solche Fälle vor, daſs die Prostata vereitert, sich ein genug groſser Absceſs bildet und Spermatorrhoe dennoch nicht auftritt. Und da hätte das Gift doch genug Gelegenheit, die Nerven der Prostata zu lähmen?

Da eine solche Spermatorrhoe sehr oft ohne Neurasthenie gefunden wird, sagt EULENBURG: „Es kann sogar unter Umständen das einzige auf-

fällige Symptom krankhafter lokaler Nervenreizung darstellen, und man kann alsdann wohl von einer monosymptomatischen Neurasthenie, einer Tripperneurasthenie sprechen."

In jenen Fällen aber, in denen sich im Zusammenhang mit einem Tripper eine entschiedene Neurasthenie entwickelt, sagt LÖWENFELD: „Wir dürfen uns denn nicht wundern, daſs die sogenannte Tripperneurasthenie öfters mehr ein ankuriertes Leiden, mehr bedingt durch chronische Miſshandlung der Harnröhre durch Lokalbehandlung (und die hiermit einhergehenden Gemütserregungen), die unmittelbare Folge der chronischen Urethritis ist."

Die Spermatorrhoe ist also trotz der vielartigen Deutungen eine monosymptomatische Tripperneurasthenie. Sie muſs aber jedenfalls ein Leiden zentralen Ursprungs sein, weil — es so sein muſs. Wie gewalttätig eine solche Erklärung ist, ist offenkundig. Man sieht, daſs der „Leisten" der sexuellen Neurasthenie groſs ist und oft enge ist, was man darüber spannt.

* * *

Auch zur Onanie gesellt sich oft die sexuelle Neurasthenie, die man auch dem Reize der Zentren zuschreibt. Dieser Reiz stabilisiert sich angeblich infolge der Hyperämie des Caput gallinaginis (GRÜNFELD), die einen ständigen Reiz auf die Zentren ausübt. Überdies fällt auch eine wichtige Rolle dem Bewuſstsein zu, daſs mit Schädlichkeiten einhergehende, widerwärtige, sündhafte Manipulation das Gewissen der Delinquenten beunruhigt. Die Scham vor sich selbst, der Seelenkampf, der zwischen der Selbstenthaltung und den Zwangsvorstellungen besteht, der so häufige Vorsatz, nur noch einmal, zu allerletzt diese Manipulation vorzunehmen, nachher die tiefe Reue, die Schande (LÖWENFELD), daſs er trotz seines Gelöbnisses oder seines Eides dem Zwang nicht Widerstand leistete, — dies alles läſst in seinem Gemüte tiefe Spuren zurück. Auch diese Charakterschwäche als Folge erklärt SCHRENCK-NORTZING dahin, daſs die Onanie deshalb schädlich ist, weil sie ein gröſseres Nervenmaterial konsumiert als der Coitus, weil die Tätigkeit der angeregten Phantasie auch die Wirklichkeit ersetzen muſs.

Und gerade die Charakterschwäche und die Unschlüssigkeit der Belasteten gibt sich auch in anderer Beziehung kund und ist ihre charakteristische Eigenheit. Es ist also kein Wunder, daſs sie gerade dieses Gebrechens halber unmäſsiger sind als andere Menschenkinder. Die Unmäſsigkeit und das Belastetsein treiben den Nervenzustand in eine gemeinsame schlechte Richtung. Ihre Reizbarkeit wird gesteigert und so entstehen in diesen Fällen die schwereren neurasthenischen Folgen. Auch FÜRBRINGER sagt, er habe die schlechten und ernsten Folgen der Onanie-

neurose im allgemeinen bei den Belasteten entwickeln gesehen. Bei diesen kann sie zu einer sexuellen Psychose führen. TISSOT und LALLEMAND gehen noch weiter und behaupten, als Folge der Onanie könne sich Paralyse, Blödsinn, Rückenmarkschwund entwickeln. Von den früher erwähnten Symptomen der sexuellen Neurasthenie will ich nur einige, die strenge hierher gehören, näher erörtern. Diese sind: die Pollutionen, die Spermatorrhoe, die rasche Ejakulation, die Impotenz und die Blasenneurose.

TROUSSEAU behauptet, daſs bei belasteten Individuen nicht nur die Spermatorrhoe und die Enuresis nocturna eine Innervationsschwäche ist, sondern auch die Onanie. Auch CHRISTIAN hält die Onanie für ein Symptom einer Nervenstörung. KRAEPELIN sagt ähnliches; er behauptet nämlich, daſs der Excess und die Onanie nur in solchen Fällen überhand nimmt, in denen sie sich auf praedisponiertem Boden entwickelt. OPPENHEIM hält das Festhalten an der Onanie als Symptom einer neuropathischen Diathese, die zweifelsohne auch angeboren sein kann.

Demgegenüber macht man nicht selten die Erfahrung, daſs auch absolut nicht belastete Individuen immer tiefer sinken in ihren onanistischen Leidenschaften (auch LÖWENFELD). Es ist aber nicht unbedingt notwendig und es ist auch nicht eine alltägliche Erscheinung, daſs belastete Individuen der Onanie zum Opfer fallen.

Die Unhaltbarkeit der früheren Thesen wird am besten durch die Analogie gerechtfertigt, die auch bei Tieren vorkommt. Auch die Zuchthengste pflegen zu onanieren, aber nur jene, die trotz ihrer Geschlechtsreife noch nicht in die Reihe der Deckhengste gekommen sind, oder auch solche, welche nach häufiger Inanspruchnahme (2—3 mal täglich) aus wirtschaftlichen oder sonstigen Gründen eine längere Zeit pausieren müssen. Diese Tiere, wenn sie in ihren Vorbereitungen nicht gestört werden, gewöhnen sich langsam daran und es tritt beim Decken, noch bevor die Immission bewerkstelligt ist, eine Ejakulation ein. Sie stellt sich immer rascher ein, so daſs sich eine genug kräftige Erektion nicht entwickeln kann. Dann tritt die Impotenz ein und der Deckhengst wird unbrauchbar. Ich habe keine positive Erfahrungen darüber, ob die Erscheinungen des pollutionsmäſsigen Samenverlustes auch bei Tieren auftreten. Das wage ich aber zu behaupten, daſs aus ähnlichen Gründen wie bei Menschen, inmitten der stärkeren Tätigkeit der Bauchpresse, wenn groſse Lasten geführt werden, oder wenn ein Lastwagen in Bewegung gesetzt werden soll, sich wahrscheinlich auch ein Samenverlust einstellt, der mit unserer Spermatorrhoe identisch ist.

Ob ein impotent gewordenes Pferd die Disposition geerbt hat, ob ein solches Pferd wegen seiner nervösen Belastung, oder wegen der infolge des Seelenkampfes, der Schande, der Reue oder der Phantasie verbrauchten gröſseren Nervenkraft, die zur Belebung der Wirklichkeit verwendet wor-

den ist, die Symptome einer solchen hochgradigen sexuellen bezw. cerebralen Neurasthenie zeigt, kann ich nicht sagen. Ich ahne aber, daſs unter den Pferden weder die allgemeine Neurasthenie, noch speziell die sexuelle Neurasthenie, die „reizbare Schwäche“ nicht viele LALLEMANDsche Jammergestalten aufzuweisen hat. Wie es scheint, ermöglicht es nur die so entwickelte Impotenz in Ruſsland die allgemeine Sitte, daſs man zur Lastenbeförderung nicht Stuten, sondern die stärker entwickelten Hengste benutzt. Auf meine Frage, ob die Hengste nicht Unheil anstiften, sagte man mir zu meiner Beruhigung, daſs ältere Pferde sich überhaupt ruhig, die jüngeren nur dann unruhig benehmen, wenn sie eine Stute sehen und, das kommt selten vor. Wäre die Impotenz zur Zeit der raschen Ejakulation in der Tat eine spinale Irritation wären die Hengste am wenigsten geeignet für den Verkehr, weil sie scheu und wild wären. Und die Sache steht gerade verkehrt. Solche Pferde sind ruhig und zahm, nicht so reizbar, wie die gut erhaltenen Hengste. Sie sind nicht scheu, nicht wild. Die guten Hengste kann man nur zumeist mit verbundenen Augen zu solchen Zwecken benützen.

Die Kinder der Natur, z. B. auch die ungarischen Bauern, betreiben nur in den seltensten Fällen Onanie. Sie ist deshalb unter ihnen eine Seltenheit, weil ihre Sitten und ihre moralische Auffassung den Gesetzen der Natur näher stehen, weil die sexuelle Potenz der geschlechtsreifen Jugend nicht lange brach liegt. Es gibt auch unter den Kindern der intelligenteren und besseren Gesellschaftsklasse viele, die zur Zeit, wenn sich die Geschlechtsreife eingestellt hat, mit dem normalen Coitus beginnen konnten und ihn auch regelmäſsig vorgenommen haben. Und diese sind verschont geblieben von der sexuellen Neurasthenie und der allgemein werdenden Neurasthenie, gleichviel, ob sie disponiert oder belastet waren oder nicht.

Wären sie nicht beizeiten davor gewarnt worden und hätten sie nur spät Gelegenheit gehabt, das natürliche Geschlechtsleben zu beginnen, hätten sie gewiſs zur Onanie Zuflucht genommen und sie so lange betrieben, bis es ihnen möglich geworden wäre, ihren Geschlechtstrieb auf natürlichem Wege zu befriedigen, wenn überhaupt diese Möglichkeit sich nicht zu spät einstellt. Die meisten Onanisten hören ja mit der Onanie auf, wenn sie schon mit dem natürlichen Geschlechtsleben begonnen haben. Und werden sie zu dieser Manipulation nicht durch zwingende Umstände gedrängt, betreten sie niemals diesen Weg. Und haben sie ihn betreten, machen sie Kehrt, sobald die zwingenden Umstände aufhören und sich ihnen Gelegenheit bietet, regelmäſsig zu coitieren. Kurz, es gibt kaum einen Menschen, der nicht mehr oder weniger mäſsige Onanie betrieben hätte, ohne daſs das Nervensystem irgendwelchen Schaden erlitten hätte.

Bei dieser Entwicklung der sexuellen Neurasthenie ist es bemerkens-

wert, dafs das charakteristischste Symptom, die Pollutionen, gerade, nachdem man mit der Onanie aufgehört hat, aufzutreten pflegen. Die sonstigen Symptome, welche auf Neurasthenie hinweisen, die infolge des psychischen Reizes zu stande gekommen sind, bleiben langsam aus.

Bei denen sich aber die neurasthenischen Symptome nach mäfsiger Onanie entwickelt haben, wäre sie durch andere Umstände ausgelöst worden.

* * *

Dem lokalen Reiz der Blennorrhoe, dem psychischen Reiz der Onanie wird die Schuld an den Pollutionen, der Spermatorrhoe, der Ejaculatio praecox, der Impotenz zugeschrieben. Es kann aber auch der Excessus in venere dieselben Symptome zu stande bringen, ohne dafs der lokale Reiz oder der mit der Onanie einhergehende psychische Reiz mit eingewirkt hätte. GYURKOVECSKY behauptet, er habe Pollutionen und Spermatorrhoe nach häufigem Coitus beobachtet. Dem widerspricht auch FÜRBRINGER. Ich selbst habe nach Excessen schwache Impotenz mit Ejaculatio praecox auftreten gesehen. Die Ursache davon ist ebenfalls die Reizbarkeit der Zentren und die damit einhergehende Samenplethora. (FÜRBRINGER.) Bei der Onanie entspricht der Verlauf der Onanie nicht dem des normalen Coitus. Beim normalen Coitus pflegt nach dem Stadium des Reizes und der Hyperämie, wenn es den Höhepunkt erreicht hat, ein Rückfall einzutreten, der wieder zu normalen Verhältnissen führt. Die Samenplethora aber stellt sich infolge der Onanie ein, vielleicht noch in gröfserem Mafse, weil die Rückentwicklung des Reizes, der auf die Samenbildung von Einflufs ist, langsamer und unvollkommen ist.

Die Erfahrung lehrt, dafs bei geschlechtsreifen, stark entwickelten Individuen die Excesse nicht so häufig zur Folge haben: die sexuelle Neurasthenie bezw. ihre charakteristischen Symptome (Pollutionen, Spermatorrhoe, Ejaculatio praecox). Bei jungen, unentwickelten Personen hat auch der verhältnismäfsig seltene Coitus manchmal dieselben Folgen. Letztere treten um so gewisser und rascher auf, je unentwickelter der Betreffende ist und je häufiger der Coitus vorgenommen wird.

* * *

Auch der Coitus interruptus kann die charakteristischen Symptome der sexuellen Neurasthenie zur Folge haben. Die Nachteile dieser Coitusmethode können am ehesten den Folgen der Masturbation gegenüber gestellt werden. Da aber diese Methode mehr unter den verheirateten Männern verbreitet ist, die auf dem Höhepunkt der Geschlechtsreife stehen, stellen sich die Folgen viel später ein. Auch bei diesen tritt die Spermatorrhoe, die Pollutionen, die geschwächte Potenz aus denselben Gründen auf, wie bei der Onanie, obgleich die Phantasie hier die Wirklichkeit nicht zu

ersetzen braucht. Auch hier ist die Rückentwicklung der Hyperämie nach dem Coitus eine unvollkommene. Die zurückgebliebene Hyperämie wirkt als lokaler Reiz mit seinen lokalen Folgen. Deshalb sind diese Leute leicht reizbar und die unbefriedigte Begierde strebt einen neueren Coitus an. Der häufige Coitus fördert die Spermabildung, was wieder einen Reiz zum Coitus ausübt. So ist der Coitus interruptus nichts anderes als ein Impuls zu Excessen. Solche Männer bekunden scheinbar, oft auch jahrelang, eine gröfsere Potenz, die durch die unbefriedigte Begierde gehoben wird. Auch FÜRBRINGER meint, dafs bei diesen Personen die sexuelle Neurasthenie die Folge der Excesse, nicht aber der Naturwidrigkeit ist. Auch die Abstinenz kann sexuelle Neurasthenie zur Folge haben, sogar mit den allgemein in Abrede gestellten Pollutionen und Spermatorrhoen. RIBING und EULENBURG behaupten, dafs „Keuschheit schadet weder der Seele, noch dem Körper".

EULENBURG gibt seiner Ansicht in stärkeren Worten Ausdruck: „Ich halte diese immer wiederkehrenden, phrasenreichen Behauptungen für völlig leeres und nichtssagendes Gerede, wobei es sich nur um ein gedankenloses Miteinstimmen in den allgemeinen Chorus, oder noch schlimmer, um ein bewufstes Kniebeugen vor dem mächtigen, allverehrten und überdies so bequem anzubetenden Götzen — Vorurteil handelt."

Die durch Abstinenz hervorgerufene sexuelle Neurasthemie zeigt in Wirklichkeit alle Symptome, welche der Irritation der Zentren zu folgen pflegen. Diese Irritabilität zeigt sich anfangs gleichmäfsig bei jeder Tätigkeit, die von den Zentren ausgeht, ja der Reiz kann sich sogar auch auf nicht sexuelle Zentren weiter verbreiten. Bei diesen tritt die Erektion sehr rasch auf, erreicht rasch ihren Höhepunkt und — mit Ausnahme der psychischen Impotenzfälle — stellt sich die Ejakulation rasch ein. Pollutionen mit grofsem Wollustgefühl treten leicht auf, ja sogar auch unter passenden Umständen die Spermatorrhoe. Eine Impotenz tritt nur auf psychischem Wege auf.

Einiges Licht wirft darauf die folgende Krankengeschichte:

B. J., 21 Jahre alt, Mediziner, nimmt seit 1—2 Jahren wahr, dafs sich die Ejaculation rehr rasch, zumeist bei der Immission, manchmal aber noch früher, einstellt. Seit mehreren Jahren leidet er an einer schleimigen, eiweifsartigen „Miktions-Spermatorrhoe". Seit 7 Jahren treten Pollutionen auf, auch dreimal wöchentlich, in letzterer Zeit etwas seltener.

Onanie betrieb er niemals. Blennorrhoe hatte er keine. Seit seinem 18. Lebensjahre nimmt er ungefähr alle 10—14 Tagen einen Coitus vor u. zw. mit Condom, weil er sich vor einer Infektion fürchtete. Nach dem Coitus pflegt er Waschungen mit Sublimatlösung vorzunehmen und doch ist ihm nach jedem Coitus wegen der eventuellen Infektion angst und bange. Diese Bedenken veranlassen ihn, einen Arzt zu konsultieren.

Die Erektionen stellen sich sehr leicht und täglich ein. Das Wollustgefühl ist unvollkommen. Der Urin ist normal; Harnentleerungen treten häufiger auf, auch 7—8 mal bei Tag, 1—2 mal bei Nacht. In Anwesenheit fremder Leute kann er nicht Harn lassen. Auch ich konnte nicht die Harnentleerung beobachten. Seine Prostata ist von normaler Gröſse und Konsistenz.

Der Nervenpatholog Dr. Béla Nagy machte die Diagnose auf Neurasthenia cerebrospinalis. Die seit sieben Jahren bestehenden Pollutionen, der seit zwei Jahren auftretende Miktionsausfluſs, die rasche Ejakulation und das geschwächte Wollustgefühl schrieb ich trotz der erwähnten Diagnose auf Rechnung des geschwächten Sphincter spermatocystae. Die Therapie und meine späteren Beobachtungen machten mich wankend und rechtfertigten nicht meine Annahme.

Im Urin konnte ich keine Spur von Prostata und Samenblaseninhalt entdecken. Während der Behandlung hat sich der Zustand des Patienten gar nicht geändert. Ich begnügte mich nicht mit dem Terminus technicus des jungen Kollegen und verlangte von ihm nähere Auskunft. Erst dann hatte es sich herausgestellt, daſs die von dem jungen Kollegen angegebene Miktions-Spermatorrhoe eigentlich eine Urethrorrhoea ex libidine ist.

Ich stellte fest, daſs sich der Harndrang gegen Morgen binnen 1½ Stunden 2—4 mal pünktlich einstellt, daſs er vor dem Coitus sehr aufgeregt ist, und wenn er nur daran dachte, daſs er in einigen Tagen coitieren wird, erfaſste ihn eine sehr unangenehme Erregung. Wenn er im Gespräche mit einem Mädchen einen Coitus ins Auge gefaſst hatte, war er so aufgeregt, daſs er nicht an sich halten konnte. Diese Umstände, so auch seine in diesem Alter ungewöhnliche Furcht vor Infektion, brachten mich zur Überzeugung, daſs ich in diesem Falle eine sexuelle Neurasthenie mit einer typischen spinalen Irritation vor mir habe, deren Ursache die vollständige Abstinenz vom Coitus zu einer Zeit war, wo er ihm not getan hätte.

Der Patient erzählte, er habe im Alter von 13—14 Jahren von seinen Schulkameraden Einzelheiten über das Geschlechtsleben gehört und daſs sie Onanie betreiben.

Mit Interesse hatte er ihren Worten gelauscht, die in ihm einen ihm unbekannten Geschlechtstrieb rege gemacht haben. Mit denselben Gefühlen beobachtete er die Bilder in den Schaufenstern und wenn er Gelegenheit hatte, mangelhaft gekleidete Damen z. B. auf der Bühne zu sehen, traten Pollutionen auf. Als Mediziner besuchte er mehr aus Neugierde die Abteilung für Geschlechtskranke. Mit Entsetzen lernte er hier die vom Coitus herrührenden Krankheiten kennen. Bei einer solchen Gelegenheit konsultierte er auch den ordinierenden Professor wegen der Pollutionen und es wurde ihm angeraten, den Coitus systematisch vorzunehmen. Da

erfüllte ihn eine große Furcht vor den eventuellen Folgen, weshalb er immer beim Coitus einen Condom benützte. Doch wegen seiner leicht reizbaren Natur und der starken Libido, die auch der Anblick von Bildern auslöste, war er beim Gedanken an einen Coitus sehr erregt. Dazu gesellte sich noch die Furcht vor einer Infektion. Sein ganzes Nervensystem war infolgedessen tagelang in ständiger Erregung, die Schlafpollutionen zur Folge hatte. Der Patient ist gut entwickelt, gut genährt, von brauner, aber etwas bleicher Gesichtsfarbe. Sein allgemeiner Zustand hatte sich während seiner militärischen Dienstzeit gebessert. Belastung seitens der Familie konnte nicht nachgewiesen werden. Seine Eßlust und Verdauung war normal. Er lernte leicht und ermüdete nicht rasch. Abgesehen von seinen sexuellen Klagen fühlte er sich ganz wohl.

Was war also die Ursache seiner sexuellen Neurasthenie? Die auf das Rückenmark so stark einwirkende (nach einigen Autoren) Onanie war nicht vorangegangen. Auch keine Blennorrhoe, die nach EULENBURG Neurasthenie zur Folge haben kann, ist konstatiert worden.

Meines Erachtens ist die Ursache in dem Reiz zu suchen. Zu Beginn der Geschlechtsreife werden Menschen und Tiere durch den tierischen Trieb gezwungen, sich mit sexuellen Lebensbedürfnissen zu befassen. Unsere gesellschaftliche Ordnung trägt dazu bei, daß die meisten Menschen während der Pubertätszeit ihre geschlechtlichen Bedürfnisse im Wege der Onanie befriedigen. Die Onanie aber erhöht das Verlangen nach einer natürlichen Befriedigung des Geschlechtstriebes. Dieses Verlangen wird später so groß, daß man sich um die eventuellen Folgen nicht zu kümmern pflegt, selbst dann nicht, wenn man sie kennt. Ihre schwache Willenskraft wird leicht durch die zwingende Forderung der Natur überwunden. Durch praktische Erfahrung kommt man zur Überzeugung, daß nicht jeder Coitus eine Infektion unbedingt zur Folge hat. Und wird zufällig eine ja acquiriert, sieht man ein, daß auch die Infektion nicht so schauerlich ist — mit Ausnahme einzelner Fälle — und daß man, wenn die Krankheit nicht zu lange dauert, sich wieder der Möglichkeit einer neuen Infektion aussetzt. Sehr oft tut man es auch früher. Unserem Patienten waren all diese Dinge nur in der Theorie bekannt. In der Abteilung für Geschlechtskranke hatte er die Patienten nur gesehen. Die endlose Reihe der gesunden Menschen, die nach den Gesetzen der Natur leben und gelebt haben, hatte er vor seinen geistigen Augen nicht vorüberziehen lassen. Er beobachtete nur die schlechten Folgen des Geschlechtslebens, die Kehrseite der Münze war seiner Aufmerksamkeit entgangen. Diesem Umstande ist die nicht allgemeine, ungewöhnliche Furcht vor einer Infektion in jungen Jahren zuzuschreiben. Es gibt keinen Menschen, der den im Alter von 18 Jahren begonnenen Coitus mit Hilfe eines Condoms vorgenommen hätte. Nach wochenlang an-

haltendem Zureden traute er sich den Coitus ohne Condom vorzunehmen. Die Furcht wird sich erst später, nach praktischen Erfahrungen, legen.

Die sich beim Patienten im Alter von 14 Jahren einstellenden Pollutionen waren die sogenannten physiologischen Pollutionen, die den vielleicht frühreifen jungen Mann zur Vornahme des Coitus aneifern hätten sollen. Er hatte dies aber nicht getan, sondern abstinierte und so traten die Pollutionen noch häufiger auf.

Ich glaube, die Ursache, die diesen Zustand hervorruft, könne keine physiologische sein. Die Pollutionen wären mit dem systematischen Coitus verschwunden. Ich kann deshalb nicht EULENBURGs Ansicht teilen, und nach Beobachtung solcher Fälle wird sich auch kein Arzt der Ansicht anschliefsen, dafs „durch Abstinenz ist noch niemand krank geworden und besonders nicht sexual neurasthenisch". Der erwähnte Fall straft ihn Lüge. Und dies ist auch leicht erklärlich, denn das in der Samenblase sich anhäufende Sperma, das im reifen Alter ständig produziert wird, mufs irgendwohin gelangen. Der Überschufs verlässt die Samenblase, u. zw. bei den Abstinenten im Wege der Pollutionen. Und das ist kein physiologischer Prozefs. Geradeso nicht, wie die Entleerung des zurückgehaltenen Urins im Schlafe keine physiologische, sondern eine mechanische Entleerung ist.

Nach solchen Fällen entschliefst sich der Arzt, der die Gesetze der Natur zu erforschen sucht und sich an sie hält, „den Jüngling in die Arme der Immoralität zu stofsen". (EULENBURG.) — Der Arzt tut es nicht gerne, aber bei einem 15—16jährigen Jüngling bleibt kein anderer Ausweg übrig. Ob der einzige zur Verfügung stehende Ausweg, die Prostitution, immoralisch ist oder nicht, das ist Nebensache; diese Auffassung der menschlichen Gesellschaft ist aber irrelevant, wenn von den Erfordernissen der Natur, von den Naturgesetzen die Rede ist. Im Laufe von Jahrtausenden haben sich diese nicht geändert, während die Auffassung der Gesellschaft immerwährendem Wechsel unterzogen ist und nach einzelnen Gegenden, Rassen, Nationen, ja sogar nach einzelnen Klassen wechselt. Eine solche wechselnde Auffassung kann unser Tun und Lassen beeinflufsen. Wir können nicht gegen die Gesetze der Natur vorgehen, wir müssen uns ihnen wie ein Sklave fügen. Die Gesellschaft wird schon ihre Verteidiger finden, wenn von ihren Institutionen und ihrer Auffassung die Rede ist. Auch bisher ist dies immer nach Tunlichkeit geschehen. Die Prostitution ist schon ein Zugeständnis, das die gesellschaftliche Auffassung den Naturgesetzen gemacht hat.

Den Erfordernissen der Natur mufs jedermann gerecht werden. Wer sich gegen sie vergeht, hat Folgen aufzuweisen wie unser Patient. Wegen der entwickelten, zweifelsohne sexuellen Neurasthenie ist keine ausgeprägte Libido vorhanden, sondern die Erregung berührt den ganzen Organismus.

Sie stellt sich schon damals ein, wenn er einer Dame die Hand reicht, ohne dafs er gewisse Hintergedanken hätte. Damals zeigt sich auch ohne Erektion die Urethrorrhoea ex libidine, ein eiweifsartiger, zäher Stoff (Sekret der Cooper- und der übrigen Drüsen) am Ende der Harnröhre. Und das wurde als Spermatorrhoe angesehen. Die Neurastheniker pflegen oft über eine Urethrorrhoe ex libidine zu klagen. Die Ursache davon ist, dafs eine gröfsere Menge ausgelöst wird, wenn sich die Libido einstellt (vielleicht infolge des gröfsern Reizes), oder aber wird dieser Umstand von Kranken besser beobachtet als von Gesunden. Bei gesunden Menschen mufs das vorangehen, mufs die Harnröhre schlüpfrig gemacht werden. Tritt dann eine Erschlaffung der Harnröhre ein, wird ein Teil überflüssig und entleert sich durch das Orifizium. Der hochgradige Reiz, der bei ihm so leicht ausgelöst wird, wird bei ihm, sowie bei jedermann, nach 1—2 Jahren nachlassen, wenn er die Venusfreuden schon oft genossen haben wird. In den ersten Jahren der Geschlechtsreife tritt diese Erscheinung in mehr oder minder grofsem Mafse bei jedermann auf.

Vorläufig ordinierte ich ihm die Kaltwasserkur, welche — ceteris paribus — eine Linderung herbeiführen wird. Es trat aber nur eine unbedeutende Besserung ein. Aber die darauffolgende Sommerreise (mit systematischer Kur) brachte eine bedeutende Besserung; mit Beginn des Schuljahres trat eine kleine Verschlimmerung ein.

Dieser Fall ist eine seltene Ausnahme von allen meinen Fällen. Ich beobachtete mehrere Hundert Fälle (über 80 erschienene Referate); nur das war der einzige Fall, in dem weder Onanie, noch Blennorrhoe, noch auf normalem Wege vorgenommener Abusus nicht vorangegangen war und dennoch sich solche Symptome eingestellt haben, welche auf „reizbare Schwäche“, Neurasthenie, zurückzuführen sind.

Das einzige positive Zeichen der spinalen Irritation ist die Lebhaftigkeit der durch das Rückenmark vermittelten Reflextätigkeit. Bei einer Abstinenz von längerer oder kürzerer Dauer kann die Lebhaftigkeit dieser Reflextätigkeit und dadurch der allgemeinen Irritabilität so an Menschen, wie auch an Tieren beobachtet werden. Die rasche Erektion, die rasche Ejakulation mit sonstigen Reizsymptomen, Herzklopfen, Errötung des Gesichtes, verschleierte Stimme, lebhaftes Atemholen, Zittern der Gliedmafsen u. s. w. sind die Zeichen. Bei Tieren treten während der Brunstzeit ähnliche Symptome auf. Sie sind scheu, ärgerlich, unruhig und wild. Die infolge Onanie impotent gewordenen Hengste sind ruhig, zahm, ganz so wie die kastrierten Rosse.

Daraus kann gefolgert werden, dafs auch die rasche Ejakulation, die auch bei geschlechtlich geschwächten Hengsten wahrgenommen werden kann, keine Folge der spinalen Irritation ist, sondern vielmehr nur eine lokale Schwächung des Sphincter spermatocystae. Wäre die Ursache eine

spinale Irritation, müfsten auch die Symptome anderer, bekannter Reflexzentren-Reize wahrgenommen werden, geradeso wie nach Abstinenz.

Wenn also diese funktionelle Veränderung, infolge eines gemeinschaftlichen Grundes, der Onanie, zu stande kommt und auch das Resultat ganz identisch ist, und wenn bei Tieren die lokale Schwächung über jeden Zweifel erhaben ist, warum sollte es bei Menschen anders sein?

Die sonstigen Symptome, welche bei Menschen auf Neurasthenie hinweisen, sind nicht ständige und auch nicht die einzigen Folgen dieser Veränderung. Dieselben Symptome stellen sich auch infolge anderer Ursachen ein. Es ist daher nicht charakteristisch dafür, das die spinale Irritation auf diesem Wege durch die Onanie zu stande kommt. Und ist sie vorhanden, kann sie nur für sekundär angesehen werden. Und wenn sie auch schon früher vorhanden war, so hat sie sich nur zufällig zugesellt und kann mit der funktionellen Störung nicht in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden.

Die Onanie, der Excessus in venere, der Coitus interruptus können sexuelle Neurasthenie zur Folge haben: Ihre Symptome, die als charakteristisch angesehen werden, stellen sich aber sehr oft, beinahe immer, zu einer Zeit ein, in der andere Symptome noch nicht aufgetreten sind.

Die von mir gemachte Erfahrung zeigt, dafs diese Erscheinungen bei intelligenteren, ernsteren und verheirateten Individuen von solcher Wirkung sind, dafs die Neurasthenie sich rasch entwickelt. Unverheiratete und leichtsinnige Individuen aber gehen schon zum Arzte, wenn sich auch nur die Impotenz gezeigt hat. Oft werden sie durch die ernstlich in Aussicht genommene Heirat zu diesem Schritte veranlasst.

Eine auffallende Erscheinung ist, dafs das „Monosymptom" der Trippernneurasthenie der Reiz der Reflexzentren ist, welcher infolge der durch die Onanie verursachten subjektiven, psychischen Einflüsse, den Exzessen in venere, konstant geworden ist. Die infolge des Coitus interruptus sich spät entwickelte, allgemein gewordene Neurasthenie, welche den psychischen Einflufs der Onanie entbehrt, ja auch die Abstinenz können vollkommen identische Folgen zu stande bringen. Da aber die Möglichkeit der auf die Reflexzentren und das Zentralgehirn einwirkenden Einflüsse in jedem Falle von anderer Bedeutung ist und immer auf andere Teile gerichtet ist, wäre zu erwarten, dafs die Folgen ganz andere, von einander abweichende sein sollten. Die Erklärung mit der allgemein acceptierten Zentrumtheorie hinkt in vielen Fällen und trifft nicht zu. In einzelnen Fällen fehlt der schwerste und gewichtigste Umstand, der in anderen Fällen mit grofsem Nachdruck als Ursache betont worden ist. Da beim Tripper der lokalen Veränderung die charakteristischen Symptome der Neurasthenie folgen, da in solchen Fällen beinahe immer in der Prostata Veränderungen zu finden sind, die auf ihren krankhaften Zustand folgern

lassen, da die erwähnten Symptome in der Funktionsstörung der Prostata ihren Ursprung haben, habe ich es niemals versäumt, auch die Prostata zu untersuchen, wenn ähnliche Symptome vorhanden waren. Diese Untersuchungen führten zu einem überraschenden Resultate. Die Prostatamuskulatur war nämlich in allen Fällen, in denen eine lokale Erkrankung der Funktionsstörung nicht vorangegangen war, atonisch. Atonia prostatae konnte ich klinisch konstatieren nach Urethritis, wenn sie in der Prostata keine Gewebsveränderung hervorgerufen hat und die Konsistenz dieselbe geblieben ist.

Diese objektive Veränderung hat immer dieselben klinischen Symptome zur Folge gehabt.

* * *

Es sei mir also gestattet, die Aufmerksamkeit auf die in objektiven Veränderungen und klinischen Symptomen sich äufsernde Krankheit zu lenken, für die der zutreffendste Name Atonia prostatae wäre.

Die objektive Veränderung zeigt schon der Name selbst an. Die normale Prostata fühlt sich ungefähr wie ein gelockerter Muskel an, die atonische Prostata hingegen fühlt sich, je nach dem Grade der Atonie, entweder wie ein lose gefülltes Säckchen an, dessen Grenzen beim Bewegen des untersuchenden Fingers nach einer gewissen Richtung tastbar sind, oder sie ist ganz flach mit kaum fühlbaren Grenzen, oder sie ist so weich und locker, dafs sie durch das Rektum von den übrigen Nachbarorganen nicht isoliert werden kann. Erfolgt diese Untersuchung unter einem gewissen Druck des Fingers, so kommen am Ende der Harnröhre ein oder mehrere Tropfen des Prostatasekrets, namentlich und zumeist des Samenblaseninhaltes zum Vorschein. Ist aber die herausgepreſste Menge so wenig, dafs sie am Ende der Harnröhre nicht sichtbar werden kann, so ist die entleerte geringe Harnmenge, die sich seit dem Urinieren vor der Untersuchung angesammelt hat, trübe, spülichtartig und hat einen Bodensatz mit sagoartigen Trümmchen. Aus einer normalen Prostata kann man im Wege dieser Untersuchung eine ähnliche Flüssigkeit nicht herauspressen. Diese Konsistenz-Veränderung der Prostata ist in allen physiologischen Phasen, die mit der Tätigkeit der normalen Prostata in Verbindung stehen, mit einer Aktionsstörung gleichbedeutend. So ist es bei der Tätigkeit der Geschlechtsorgane.

Da die den Ductus ejaculatorius umgebenden zirkulären Muskelbündel der Prostata die Samenblase schlieſsen, wird dieses Schlieſsen bei einer Atonie der Prostatamuskulatur nicht so vollkommen sein, als es notwendig wäre. Diese Unvollkommenheit des Schlieſsens ruft eine Serie jener Tätigkeitsabweichungen hervor, welche sich im kleinsten Grade in der Form häufiger Schlafpollutionen zeigen.

Nimmt aber die Häufigkeit dieser Schlafpollutionen zu, so entleert sich als Folge der Verschlimmerung der Schließungsfähigkeit bei schwerem Stuhlgang eine gräulich-weißliche, ziehende, klebrige, manchmal sagoartige, knollige Materie, in der unter dem Mikroskop der Inhalt der Samenblase, seltener aber auch der der Prostatadrüse, gefunden werden kann. (Spermatozoen, Rundzellen, Prostatakörperchen, manchmal auch Amyloidkörper.)

Nach diesem Stadium zeigen sich die Schlafpollutionen auch ohne jeden Eingriff seltener, bis sie endlich ganz aufhören. Gleichzeitig wird der beim Stuhlgang auftretende Ausfluß häufiger und tritt dann bei jeder Gelegenheit auf. Schließlich zeigt sich der Ausfluß häufig auch nach der Beendigung des Urinierens. Ja, auch beim Aufheben schwerer Gegenstände fühlen die Patienten am Harnröhrenende eine Nässe (z. B. ein Schneider beim Plätten, ein Postbeamter beim Ordnen der Postpakete).

Auf die Aufeinanderfolge dieser Symptome pflegen die Patienten sehr häufig, auch ohne gefragt zu werden, aufmerksam zu machen. Eine Symptomenserie anderer Richtung, welche infolge der geschwächten oder unvollständigen Schließungsfähigkeit auftreten, bezieht sich auf die Erektion.

Seit den von Tarchakoff an Fröschen gemachten Versuchen hat auch die alltägliche Erfahrung die wissenschaftliche Bestätigung gefunden, daß, je länger der Coitus nicht ausgeübt wird, desto intensiver die Erektionen sind. Eine volle, gespannte Samenblase löst eine Erektion aus. Das Vollsein der Samenblase macht darauf Anspruch, entleert zu werden. Daß aber die Samenblase voll werde, daß sogar eine Spannung der Wände eintrete, dazu ist nicht nur das ohne Unterlaß gebildete Sperma notwendig, sondern die Schließmuskulatur muß eine solche Widerstandsfähigkeit haben, daß die Spannung eintreten kann. Wenn der Schließmuskel geschwächt ist oder wenn seine Aktionsfähigkeit unvollkommen ist, kann die Spannung der Samenblase nicht eintreten, weil ein Teil des Inhaltes verloren geht, indem er sich in die Harnröhre entleert.

Mit anderen Worten, die Erektionen werden unvollkommen und zeigen sich seltener. In der Tat ist das die zweite Klage der Patienten. Dieser Zustand kann sich noch verschlimmern, indem die Erektionen gar nicht oder nur selten auftreten.

An diese Symptomenserie reiht sich eine dritte, welche auf eine allzuschnelle Ejakulation Bezug hat.

Bekanntlich ist die Erektion erforderlich, damit die Kontraktion der Samenblase im Wege der Friktion ausgelöst werde. Je kräftiger das Schließen der Samenblase ist und je stärker der durch den dünngallertartigen Inhalt ausgeübte Druck der Muskulatur der Blasenwand ist, desto rascher erfolgt die Entleerung der Samenblase, die Ejakulation. Im Falle

einer vollkommenen Schließung sind viele und intensive Friktionen erforderlich, damit die Kontraktion der Muskulatur der Blasenwand eintrete und das Schließen zu überwinden fähig sei. Ist das Schließen unvollkommen, so kann je nach dem Grade der Unvollkommenheit mehr oder weniger rasch der von der Wandmuskulatur gepreßte Inhalt durchdringen, d. h. es sind weniger Friktionen erforderlich, damit die Kontraktion der Wandmuskulatur den Inhalt der Blase herausbefördern könne. Da die Erektion durch die Spannung der Samenblase nur unvollkommen zu stande käme, werden auch andere Reize in Anspruch genommen, wenn ein halbwegs erfolgreicher Coitus ausgeführt werden soll; dieser jedoch endet auch mit einer präzipitierten und auf wenige Friktionen eintretenden Ejakulation. Verschlimmert sich dieser Zustand, dann führen schon auch sonstige Reize (Umarmungen und Küsse) vor der Immission oft auch ohne Erektion zur Ejakulation. Daraus ist ersichtlich, daß die rasche Ejakulation die Vorläuferin der auf der Unmöglichkeit der Immission beruhenden Impotenz ist.

Die vierte Klage bildet bei Abnahme des Wollustgefühles die kraftlose, das Gefühl des Urinierens erweckende Ejakulation. Das ist ebenfalls eine Folge des unvollkommen schließenden Muskels. Auch der Rektalsphinkter meldet um so deutlicher den Stuhldrang an, je stärkeren Widerstand er der Druckkraft entgegensetzen kann. Auch der schlaffe Rektalsphinkter löst einen um vieles kraftloseren, schwächeren Stuhldrang aus, als der normale.

Auch die Dauer des Wollustgefühles wird kürzer wegen des über kleine Hindernisse rasch auf einmal vorübereilenden Samenblaseninhalts. Unter normalen Verhältnissen wird infolge des starken Widerstandes des Sphinkters der Samenblaseninhalt portionenweise nach neueren Kontraktionen der Blasenmuskulatur ausgestoßen, was mehr Zeit in Anspruch nimmt. So kann dann wegen der raschen Ejakulation und des abgenommenen Wollustgefühls der Orgamus des Coitus nicht auf jenen Höhepunkt gelangen, nach welchem die Ejakulation beruhigend und befriedigend wirkt. Deshalb pflegen solche Patienten behufs Befriedigung des Wollustgefühles den Versuch zu machen, den Akt nach Möglichkeit zu wiederholen. Bei solchen Wiederholungen ist der Samenblaseninhalt geringer, deshalb ist die Wandmuskulatur, wenn eine Erektion im Wege sonstiger Reize ausgelöst wurde, auf eine stärkere Kontraktion angewiesen, um den geringen Inhalt auspressen zu können, was wieder mehr Friktionen erfordert. Mit anderen Worten: bei Wiederholungen tritt die Ejakulation später ein.

Da der Prostata auch beim Urinieren eine Rolle zufällt, kann auch hier im Falle einer Atonie eine Funktionsstörung beobachtet werden. (Störungen der Harnentleerung. *Wiener med. Wochenschr.* 1900, No. 37.)

Auch den Sphinkter der Harnblase bilden die Muskelbündel der Prostata, welche den Blasenhals ringförmig umgeben. Ist die Prostata atonisch, ist auch der Schliefsmuskel in seiner Widerstandsfähigkeit geschwächt. Er kann nicht eine solche Harnmenge zurückhalten wie im normalen Zustande, d. h. man mufs öfter urinieren. Ein gesunder Mensch uriniert 3—4 mal in 24 Stunden, ein solcher Kranker 8—10—15 mal. Nachdem gar keine Schleimhautentzündung vorhanden ist, ist der Urin eines solchen Patienten normal. Halten sie aber den Urin dennoch zurück, wird der Harndrang stärker, weil sie den Sphinkter mit geschwächtem Tonus wissentlich nicht lange steigern können. Der Harndrang wird ausgeprägter, wenn eine Stagnationshyperämie auch die Reizbarkeit der Schleimhaut steigert. Nach Svetlin leiten nämlich die Venen der hinteren Harnröhre und des Blasenhalses durch die Prostata das venöse Blut. Im Falle einer Atonie aber fördert ihre Muskeltätigkeit den Blutumlauf nicht, der notwendig wäre.

Aufser diesen Harnbeschwerden klagen noch die Patienten, dafs das Beendigen des Urinierens nicht normal ist. Der Nachspritzer am Schlusse des Urinierens bleibt aus und das Urinieren nimmt mit einem Harnträufeln ein Ende. Die Urintropfen entleeren sich in grofser Menge und langsam, so dafs die Patienten auch noch nach Beendigung der Toilette eine Nässe spüren, die sich dann auch auf den Schenkel erstreckt. Der zurückgebliebene Urin erweckt ein unangenehmes Gefühl, was den Patienten drängt, den Urin zu entleeren. Dieser Anstrengung ist die eintretende Spermatorrhoe am Schlusse des Urinierens zuzuschreiben. Dies wären die Symptome der Krankheit.

Es taucht nun die naheliegende Frage auf, was die eigentliche Ursache ist. Dieselbe wie bei anderen Muskelermüdungen, und zwar eine die Muskelkraft übersteigende grofse Tätigkeit oder die ungenügende Abwechslung der Tätigkeit und Ruhe.

Eine schwach entwickelte Prostata im Pubertätsalter ist schon nach einer kleineren Arbeit erschöpft, als die vollkommen entwickelte. Diese übermäfsige Intätigkeitsetzung der Prostata ist der Abusus in venere.

Im zarteren Alter wird dieser Abusus zumeist durch die Onanie betrieben. Im entwickelteren Alter hingegen führt der übermäfsige natürliche Coitus zur Erschöpfung der Prostata. Sehr oft ist aber die Ursache nicht die Häufigkeit, sondern die Unregelmäfsigkeit des Coitus. Der während Wochen, Monaten häufig vorgenommene Coitus, dem dann eine vollständige, ebenso lang anhaltende Abstinenz folgt, ruft das Leiden hervor, weil die Natur keine Sprünge, sondern nur einen successiven Übergang duldet. Das hat natürlich keine allgemeine und für jeden geltende Schranken. Das ist immer individuell verschieden.

Im allgemeinen vertragen die starken und gut entwickelten Jünglinge

die häufig vorgenommene Onanie viel leichter, als schwach entwickelte junge Leute den noch mäfsig betriebenen Coitus. Ich habe schon diesbezügliches Material zur Illustrierung dieser Tatsache in meinen früheren Arbeiten zusammengetragen. (Therapie der Schlafpollutionen durch Faradisierung der Prostata. *Wiener medic. Blätter* 1899, No. 1 ff. Störungen der Samenentleerung. Ibidem 1899, No. 17—23.)

Die Vermeidung der erwähnten Ursachen hält natürlich auch das Leiden fern. Leider ist es nicht jedermann vergönnt, bei Zeiten auf die Folgen aufmerksam gemacht zu werden, unter denen viele das ganze Leben hindurch zu leiden haben. Das Lebensglück, die ganze Zukunft fällt zum Opfer. Solchen Personen beizustehen, sie zu heilen und sie dem Leben zurückzugeben, ist eine der edelsten Aufgaben des Arztes.

Nachdem aber die Quelle der Leiden die Atonie der Prostata ist, mufs diese behoben werden. Wenn wir den Tonus der atonischen Prostata heben und steigern, tritt auch beim Organ eine successive Rückentwicklung durch alle Stadien der Fortentwicklung ein, bis es in den Zustand einer vollkommen normalen Tätigkeit gelangt. Dies habe ich nach meinem Verfahren in vier Fällen erreicht. Dieses Verfahren wurde nebst Abbildung der Instrumente a. O. publiziert.

Somit ist es nachgewiesen, dafs die charakteristischsten Symptome der sexuellen Neurasthenie mit gewissen objektiv nachweisbaren Veränderungen der Prostata im Zusammenhange stehen. Und da von der Qualität des einen Symptoms auf die des andern gefolgert werden kann, sind diese Symptome (Löwenfeld) keine funktionellen Nervenstörungen.

Wie ich es hier geschildert habe, kann von der Energielosigkeit der Prostata auf die als charakteristisch angegebenen Symptome der sexuellen Neurasthenie zurückgefolgert werden. Und in der Tat begegnen sich in ihrer Wirkung auf die Prostata sowohl die Blennorrhoe als auch die Onanie, der Abusus in coitu, der Coitus interruptus und die Abstinenz. Es kommt aber häufig genug vor, dafs nicht alle Funktionen verrichtende Muskelbündel der Prostata gleichmäfsig angegriffen zu sein scheinen. So z. B. scheinen die die Harnblase schliefsenden Bündel, (der Sphincter vesicae urinariae), nicht immer an hochgradiger Atonie zu leiden, so dafs das häufige Urinieren nicht immer ins Auge fallend ist. Dies wird durch die vom Willen abhängige Innervation, Kontraktion des Sphincter ves. urin. etc. möglich gemacht. Das mehr oder minder starke Nachtröpfeln bleibt aber niemals weg.

Die Schwächung des Sphincter spermatocystae kann aber immer unbedingt aus den Erscheinungen konstatiert werden, die durch ihn hervorgerufen werden.

* * *

Es ist eine auffallende Erscheinung, daſs die rasche Ejakulation mit der „reizbaren Schwäche" des Ejakulationszentrums erklärt wird, während die Pollutionen als motorische Neurose, die Spermatorrhoe als Lähmung des Ductus ejac., die Erektionsunvollkommenheit und die Abnahme der Libido als Erschöpfung der entsprechenden Zentren angesehen wird. Das Nachtröpfeln und das Zurückbleiben der Urintropfen wird mit einer Blasenneurose erklärt. Vom Sperma, das nach dem Coitus zurückbleibt und die Harnröhre ausfüllt, wird keine Erwähnung getan, sowie auch davon nicht, daſs nach der Ejakulation, wenn sie auch gut war, die Erektion sofort erschlafft.

Unter normalen Verhältnissen besteht beim Coitus nach der Ejakulation die Erektion noch eine kurze Zeit. Sie besteht um so länger, je mehr Zeit seit dem letzten Coitus verflossen ist. Selbst der gesunde Mensch kann, wenn er coitiert, ohne ein natürliches Bedürfnis zu fühlen, aber um der Partnerin eine „Gefälligkeit" zu erweisen, die Erfahrung machen, daſs der Ejakulation die Erschlaffung so rasch folgt, daſs er auſser stande ist, die Frau, die bis dahin noch nicht auf den Höhepunkt des Orgasmus gekommen ist, dahin zu bringen.

Trousseau war es, der zu allererst die allgemeine Aufmerksamkeit darauf lenkte, daſs es Onanisten gibt, die an Pollutionen und Spermatorrhoe leiden, im Kindesalter an Enuresis nocturna gelitten haben. Diesen Umstand habe auch ich, wenn auch nicht auffallend oft, in der Anamnese wahrgenommen. So erinnere ich mich eines Falles, den ich bei einem Techniker zu konstatieren Gelegenheit hatte. Es war Urethritis non blennorrhoica vorhanden und er beendete das Urinieren ohne Nachspritzer mit langanhaltendem Tröpfeln. Auf meine Fragen nach Pollutionen und Spermatorrhoe hörte ich von ihm, daſs er im Alter von 11—12 Jahren in der Tat an Enuresis nocturna gelitten hat.

Auch dieser Umstand zeigt einen engen Zusammenhang mit der Prostata,[1] weil die Enuresis die Pubertätszeit, d. i. die Entwicklungszeit der Prostata, nicht überlebt. Ein Tischler, der auf der Schwimmerschen Klinik behandelt worden ist, hat während seiner Blennorrhoea postica in der Nacht einige Male den Urin ins Bett gelassen. Er erzählte, daſs er bis zum 14. Lebensjahre Bettnässer war. Dieses Symptom ist nach entsprechender Behandlung der Prostata ganz verschwunden.

Hier kann die Rede nur von einer Schwäche der Prostata sein. Bisher wurde dies auf Rechnung der Disposition, der angeborenen Neurasthenie geschrieben. Um so wertvoller ist die auf die Enuresis bezügliche Erfahrung, die auch von andern Autoren gemacht worden ist und in der Schwäche des Sphincter vesic. urin. die Ursache der Enuresis gefunden hat.

[1] Siehe Störungen der Harnentleerung. *Wiener med. Wochenschr.* 1900.

Über die Schwäche des Sphincter vesic. urinae hat Julius Kiss (*Gyógyászat* 1902, *Centrbl. f. Harn- u. Geschl.-Krankh.*, Bd. XI, Heft 5) ein interessantes Referat veröffentlicht. Kiss hatte nämlich bei Patienten, die an akuter Blennorrhoe leiden, gefunden, daſs die Kapazität des vorderen Harnröhrenteils kleiner ist als bei Gesunden; daſs dasselbe Individuum, das während der Blennorrhoe eine Wassermenge von mehr als 6 ccm schon in die Pars posterior gelassen hat, nach seiner Heilung sogar 10,3 ccm zurückhalten konnte.

So wird es erklärlich, daſs in dem letzterwähnten Falle der im normalen Zustande gut funktionierende Sphinct. int. vesic. urin. schon ohne Willensbeeinfluſsung nicht mehr stand halten kann, wenn während der Entzündung eine Schwächung eingetreten ist. — Dies ist auch beim Sphinct. ext. der Fall. Wird die Schwäche des Blasensphinkter konstant, dann wiederholt sich die Enuresis oft gerade so wie nach ähnlichen Umständen die Pollutionen. Müſste also auch hier eine motorische Neurose der Harnblase angenommen werden? Die beiden Prozesse sind ja vollkommen identisch. Die Zentren konnten gleichmäſsig, infolge einer gemeinsamen Ursache angegriffen oder gleichmäſsig nicht angegriffen sein.

Es ist sonderbar, daſs das Erektionszentrum sofort Symptome aufweist, welche auf eine Ermüdung folgern lassen. Sind die Zentren ermüdet, muſste eine Reizbarkeit, wie bei jeder Nervenfunktion vorangehen. Die übermäſsige Nervenfunktion ruft eine Reizbarkeit, eine Irritation hervor, die sofort in das Ermüdungsstadium übergeht. Und doch soll die Reflexwirkung des durch die Blennorrhoe erhaltenen konstanten lokalen Reizes, die lokale und psychische Wirkung der Onanie auf die Zentren, der Abusus, der Coitus interruptus, das Irritationsstadium überspringend, auf einmal die Erschöpfung des Erektionszentrums zu stande bringen?

Die Erfahrung zeigt es wenigstens niemals, daſs die Erektion sehr leicht, auch infolge des geringsten Reizes, eintreten und dann langsam abnehmen würde, wenn übermäſsige Pollutionen, Spermatorrhoe u. s. w. vorhanden sind.

Dem steht fest gegenüber die damals auftretende rasche Ejakulation. Ermüdet also das Ejakulationszentrum niemals? Ist die Irritation auch dann noch gesteigert, wenn das Erektionszentrum schon schwach oder überhaupt nicht funktioniert? Warum ermüdet es nicht?

Wäre das Ejakulationszentrum überreizt, wäre nach der auf einige Friktionen rasch eingetretenen Ejakulation bei Wiederholung des Aktes zu erwarten, daſs die Ejakulation noch rascher eintritt, weil der Coitus das Ejakulationszentrum noch mehr gereizt hat. Das ist aber nicht der Fall, sie tritt erst später, nach mehreren Friktionen, ein, geradeso wie nach Vornahme eines normalen Coitus bei einer Wiederholung. Es kann

doch bei einem gesunden Menschen diese Erscheinung als eingetretene Ermüdung, als Erschöpfung des Ejakulationszentrums angesehen werden? Nach meiner Ansicht kann auch dies nicht als solche bezeichnet werden.

Und wäre es nicht sonderbar, daſs des Ejakulationszentrums angebliche Erschöpfung gerade dann beobachtet werden kann, wenn andererseits von einer motorischen Neurose, nämlich den Pollutionen, die Rede ist. Die Pollutionen führen also nicht, wenn sie sich in einer Nacht dreimal, Tag für Tag, einstellen, zu einer Ermüdung? Wir wissen also, daſs die mit Pollutionen einhergehenden Zentrumreize gesteigerter und anhaltender sind. Demgegenüber kann die von mir angenommene Sphinkterschwäche auch dadurch festgestellt werden, daſs aus dem Ductus ejac. infolge eines Druckes auf die Prostata oder auf die Samenblase Sperma, sogar gallertartiger Samenblaseninhalt in die Harnröhre leicht kommen kann. Da fällt aber bekanntlich die Rolle der Zentren weg, geradeso wie in den Fällen von Miktions- und Defäkationsspermatorrhoe, die ähnliche Symptome aufweist und bei der auch der Druck (die Bauchpresse) eine Rolle spielt.

Und warum kommen die Pollutionen als motorische Neurosen in unverhältnismäſsig groſser Zahl beim Schlafen und in so auſsergewöhnlich seltenen Fällen in wachem Zustande vor? Wenn die motorische Irritation des Samenblasenzentrums so hochgradig ist, daſs jede Nacht, manchmal auch häufiger, auch ganz ohne erotische Träume Pollutionen auftreten, warum stellen sie sich nicht auch bei Tag ein? Der wache Zustand beeinfluſst ja bekanntlich die Reflextätigkeit! Wenn das vermittelnde Zentrum der Reflextätigkeit irritiert ist, könnte sie, auch wenn man will, nicht so beeinfluſst werden wie die Auslösung der Kniereflexe. Oder warum soll bei Spermatorrhoe, bei der die Zentrumtheorie schon unhaltbar zu sein scheint, der Ductus ejac. gelähmt sein? Wenn das Ejakulationszentrum von der Irritation zu einer Lähmung überginge, wie kommt es, daſs im Falle einer Spermatorrhoe die Ejakulation noch rascher eintritt wie bei Pollutionen?

Und warum nimmt das Wollustgefühl ab? Wenn jedes Zentrum reizbarer geworden ist, müſste doch auch ihr Zentrum empfindlicher sein? Die Abnahme des Wollustgefühls figuriert aber auch unter den ersten Symptomen.

Demgegenüber ist das Verlangen nach Libido gesteigerter. Und gerade das Gegenteil wäre zu erwarten. Je stärker, ausgeprägter die Libido ist, desto intensiver müſste das Verlangen danach sein. Und doch stellt sich die Libido rascher und häufiger ein, als bei gesunden Menschen, um dann beim Auftreten der hochgradigen Spermatorrhoe zur Zeit, wenn die Erektion ganz ausbleibt, fast ganz zu pausieren.

Die infolge der Abstinenz entstandenen Pollutionen und Spermatorrhoe — einen Fall schildere ich weiter unten — ist der einzige Fall.

in dem die aus den Zentren im Reflexwege ausgelöste Funktion sich in der Form zeigt, wie wir es bei anderen Nervenfunktionen zu beobachten Gelegenheit haben. Der Fall ist folgender: Es handelt sich um einen breitschultrigen, knochigen, stark gebauten, 26jährigen jungen Mann, der im Alter von 12—13 Jahren 1—2 mal masturbiert und bis zum heutigen Tage nicht coitiert hat. Die Erektionen stellen sich rasch und leicht ein, wenn er an einen Coitus denkt. Ja auch dann, wenn er gar nicht daran denkt, sondern auch wenn er Damen sieht, die an regnerischen Tagen ihre Schleppe heben und ihre Füſschen sehen lassen. Wenn im Theater ein Ballet gegeben wird, tritt eine so hochgradige Erektion auf und es stellt sich eine so starke Libido ein, daſs er das Theater verlassen muſs. Nachher schwellen beide Hoden faustgroſs an und sind sehr schmerzhaft. Nach Verlauf von 24 Stunden verschwindet die Schwellung. Aus diesem Grunde traut er sich gar nicht ins Theater zu gehen. Pollutionen hat er selten, und wenn sie lange ausgeblieben sind, stellt sich bei hartem Stuhlgang ausgiebige Spermatorrhoe ein.

Wenn er schweren Stuhlgang ohne Spermatorrhoe hat, zeigen die Hoden die erwähnten Veränderungen in kleinerem Maſse. Im Urin nach einem Stuhlgang waren Samenzellen vorhanden. Überdies lassen sich beim Patienten auch andere Symptome der Neurasthenie feststellen. Wenn er das, was eine Libido bei ihm hervorruft, nicht vermeiden kann, erfaſst ihn eine allgemeine Aufregung und Unruhe. Er sieht Funken sprühen, er hat Schwindel. Seine Hände zittern, er stammelt, er ist nicht fähig zu denken, er vergiſst bekannte und gewöhnliche Ausdrücke, namentlich fremdsprachige (er lernt fremde Sprachen). Er fühlt, „daſs er gar nicht zusammenhängend sprechen könnte“. Das ist zweifellos sexuelle Neurasthenie, wie der früher erwähnte Fall. Während im ersteren Falle nur Pollutionen aufgetreten waren, hatte sich in diesem Falle auch Spermatorrhoe den Symptomen zugesellt. In beiden Fällen war aber weder Blennorrhoe noch Onanie vorangegangen. Die Prostata war aber von normaler Gröſse und Konsistenz. In einem dritten Falle klagte ein 26jähriger, mittelgroſser, mittelmäſsig entwickelter Kaufmann über „Impotenz“, die darin bestanden hat, daſs nach 4—6 Wochen lang regelmäſsig vorgenommenem Coitus nach einer sehr starken Erektion auf 2—3 Friktionen die Ejakulation eingetreten war. Die Libido war dabei stark ausgeprägt. Auch der Gedanke an einen Coitus löste bei ihm eine starke Erektion und groſse Erregung aus. Pollutionen hatte er selten. Er coitierte deshalb selten, weil er fürchtete, daſs der häufige Coitus seinem Organismus schaden werde. In diesem Falle hat auch die mäſsige Abstinenz Neurasthenie hervorgerufen.

Es gibt einzelne Umstände, welche beim Auftreten der Schlafpollutionen unsere Aufmerksamkeit auf die Rückenmarkszentren lenken.

So habe ich z. B. selbst die Erfahrung gemacht, daſs nach anstrengender geistiger oder körperlicher Arbeit sich die Pollutionen leichter einstellen, und zwar bei denen die Ursache in dem unvollkommenen Schlieſsen der Samenblase bestanden hat. In diesen Fällen erklärte ich die Erscheinungen (*Klinikai Füzetek*. 1900. II) damit, daſs dem Organismus nur eine gewisse Energiemenge zur Verfügung stehe. Nach Inanspruchnahme dieser Energiemenge ist die Muskelkraft, die Funktionsfähigkeit viel kleiner. Darauf weist die vielfach gemachte Erfahrung hin, daſs nach einer übermäſsigen Funktion einzelner groſser Muskeln auch jene Muskeln, die nicht funktioniert haben, eine kleinere Kraft besitzen wie zuvor. Nach längerem Marsch sind auch die Arme müde und schlaff. Nach einer anstrengenden Arbeit mit der Hand nimmt auch die Muskelkraft der unteren Gliedmaſsen ab. So ist es möglich, daſs auch der geschwächte Muskel, der die Samenblase schlieſst, unter solchen Umständen von der geringen Muskelkraft, welche noch zu einer mäſsigen Funktion genügt, verliert. Dadurch stellen sich infolge des ungenügenden Schlieſsens der Samenblase Pollutionen ein. Ich weiſs, daſs der Begriff „Energie“ unklar ist. Doch zur Zeit ist der Prozeſs oder das Etwas, das darunter zu verstehen ist, unbekannt; deshalb sei es mir gestattet, zur Bemäntelung unserer Unwissenheit den Begriff in dem Sinne, wie man den Begriff „Disposition“ gebraucht, zu benutzen.

Ich glaube sogar die Einwendungen zu hören, welche im Interesse der Zentrumstheorie vorgebracht werden. In diese Kategorie gehört die Erfahrung der Nervenpathologen, daſs die Reflexe, die auch nach einer körperlichen Ermüdung ausgelöst werden können, eine Steigerung zeigen. So ist es möglich, daſs bei einer sonstigen nachweisbaren Reflexreizbarkeit auch das Ejakulationsreflexzentrum sensibler ist.

Die Möglichkeit halte ich nicht für ausgeschlossen. Denn wenn die Zentren sensibler sind, warum stellen sich die Pollutionen auch bei solchen ein, die eine gesunde, gut funktionierende Prostata und zugleich einen genügend starken Sphincter spermatocystae haben.

Bei einem meiner Patienten, der während und nach der Behandlung einige Wochen keine Pollutionen hatte, sind sie nach einer längeren, ermüdenden Schwimmtour wieder aufgetreten. Nach kürzer bemessenem Aufenthalt in der Schwimmschule und knapper bemessenen Schwimmtouren hörten sie wieder auf. Nach einem ermüdenden Marsch stellten sie sich auch während der Behandlung einige Male wieder ein.

Einer meiner Patienten hatte wieder nach einer schweren geistigen Arbeit unter den Pollutionen, die einige Monate pausiert hatten, zu leiden, wenn er nicht wöchentlich einen Coitus vorgenommen hatte. Nachdem er wieder ins Geleise gekommen war, pausierten die Pollutionen wieder. Von diesen Pollutionen, deren Ursache im Zentrum gelegen sein mag,

weicht jener Fall ab, der einen meiner Patienten betrifft. Die wochenlang ausgebliebene Spermatorrhoe stellte sich nach gröfseren Touristenausflügen, manchmal auch nach einer anstrengenden Arbeit wieder ein.

In diesem Falle ist meines Erachtens die Ursache nicht in den Zentren zu suchen und zu finden, weil auch die Anhänger der Zentrumstheorie die Spermatorrhoe der Lähmung des Ductus ejac. zuschreiben.

Ein Bankbeamter, der an Spermatorrhoe litt, pflegte nach einer längeren Bicycletour mit Sicherheit anzugeben, dafs er in der Nacht Pollutionen haben werde. Derselbe Patient pflegte auch über eine starke Libido zu klagen.

Ist es nicht sonderbar, dafs Neurastheniker, bei denen beinahe sämtliche Reflexfunktionen eine Zentrumsreizung aufweisen, über eine derart sich einstellende Gereiztheit des Ejakulationszentrums, über Pollutionen, niemals ohne lokale Ursache klagen?

Es ist eine bekannte Tatsache, dafs es mehr Leute gibt, die an Neurasthenie leiden, als die, die an sexueller Neurasthenie leiden. Und während es einerseits Patienten gibt, die an allgemeiner Neurasthenie leiden, auch ohne die bekannten sexuellen Erscheinungen, gibt es andererseits auch Patienten, bei denen Symptome vorhanden sind, die auf sexuelle Neurasthenie hinweisen, ohne dafs von einer allgemeinen die Rede sein kann.

Es ist aber schwer anzunehmen, dafs nur die zur sexuellen Sphäre gehörenden Zentren frei wären, während z. B. die Kniereflexe gesteigert sind, oder dafs sich die Sensibilität nur auf die sexuellen Zentren erstreckt, ohne dafs auch andere Zentren in Mitleidenschaft gezogen wären.

Oder ist es nicht sonderbar, dafs sich die Ermüdung um so später einstellt, je trainierter, entwickelter, stärker die an der Funktion teilnehmenden Muskeln sind? Solche Nervenzentren sind ja stärker und häufiger in Anspruch genommen.

Oder warum das lokale Eingreifen eine Besserung oder Heilung zur Folge hat?

Wir sind ja daran gewöhnt, dafs eine Muskelschwäche zentralen Ursprungs, namentlich eine Lähmung, nach lokaler Behandlung keine Besserung zeigt.

Die Symptome, welche für sexuelle Neurasthenie für charakteristisch gehalten werden, zeigen nach meiner Behandlung eine Besserung und verschwinden später ganz.

Entgegnung auf Paulsens Bemerkung zur Lehre von den Syphilisbacillen.

Von

Dr. MAX JOSEPH und Dr. PIORKOWSKI.

Es tut uns sehr leid, daſs Herr Dr. JOHANNES PAULSEN-Hamburg (*diese Zeitschrift*, No. 3, S. 144) sich durch die Nichterwähnung seiner Untersuchungen in unseren bisherigen beiden Arbeiten über diesen Gegenstand verletzt fühlt. Indessen hatten wir in unseren bisherigen Arbeiten nur einen neuen Weg zeigen wollen zur Darstellung der vermutlichen Syphilisbacillen. Auf eine Zusammenstellung der Literatur und Kritik der bisherigen Befunde wollten wir erst eingehen, sobald wir in einer gröſseren Arbeit die ganze Geschichte des Krankheitserregers der Syphilis besprechen werden.

Berlin, den 9. Februar 1903.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Februar 1903.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. HOFFMANN demonstriert eine 48jährige Frau mit **Pemphigus vegetans**. Die Krankheit begann Ende 1900 an den Genitalien und verlief mit längeren Intermissionen. Bemerkenswert ist die Ablösung der Nägel. Die Blutzählung ergab 63% polynukleäre Zellen, 8% kleine, 3% groſse Lymphocyten, 24% eosinophile Leukocyten. Der Eiter frischer Eruptionen war steril.

Diskussion: WECHSELMANN fragt, ob sich nicht auch hier wie in den Fällen von KÖBNER der Beginn in der Mundschleimhaut feststellen lieſs.

LIPPMANN berichtet über einen Fall von Pemphigus im Gesicht und im Mund, in dessen Verlauf an den Genitalien vegetierende Formen auftraten. Nach Exstirpation dieser Eruption ist im Laufe von sechs Jahren nie wieder eine vegetierende Form erschienen, während der Pemphigus immer wieder Blasen an Gesicht und Mund erzeugte.

ROSENTHAL erinnert an seine auf dem fünften Kongreſs der Deutschen dermatologischen Gesellschaft und in seiner Arbeit über Jododerma tuberosum ausgesprochene Ansicht, daſs die Vegetationen die Folge einer Infektion seien. Auf die Anfrage LESSERS erwidert er, daſs er den Pemphigus vegetans, trotz dieser bakteriellen Genese der Wucherungen, für eine besondere Krankheitsform halte.

HOFFMANN hat aus der Anamnese entnehmen müssen, daſs der Beginn an den Genitalien war und daſs geraume Zeit nachher sich plötzlich Munderscheinungen zeigten.

2. Hoffmann demonstriert eine Frau mit **Syringocystadenom** der Augenregion. Mikroskopische Präparate bestätigen die Diagnose.

3. Hoffmann demonstriert eine Frau mit Atrophie der Haut beider Beine. An den Füfsen hat die Haut einen derben, narbigen, sklerodermieartigen Charakter. Er betrachtet die Affektion als **sklerodermieähnlich mit Ausgang in Hautatrophie.**

Diskussion: Ledermann hat dieselbe Kombination bei einem alten Mann gesehen. Auch er hält dieses Krankheitsbild für Sklerodermie mit eigentümlicher konsekutiver Hautatrophie.

Blaschko: Der Zustand der Beine ist ganz derselbe wie bei der sogenannten idiopathischen Hautatrophie, die ja freilich auch das Folgestadium eines vorausgegangenen Entzündungsprozesses ist. Davon abweichend ist nur der Zustand der Füfse, doch handelt es sich auch da nicht um Sklerodermie; es ist vielmehr hier an Stelle der gewöhnlichen Atrophie eine sklerotische, narbige Atrophie eingetreten, welche ganz wohl als eine Abart der gewöhnlichen idiopathischen Hautatrophie angesehen werden kann, so dafs es nicht notwendig ist, hier von Sklerodermie zu sprechen.

Lesser hält den eigentlichen Krankheitsprozefs für sklerodermieartig, mit dem Ausgange in ein der idiopathischen Hautatrophie ähnliches atrophisches Stadium. Er erinnert an die ähnlich aussehende Liodermia syphilitica Fingers, welche ein eigentümliches Endstadium gummöser Infiltrate darstellt.

Heller glaubt, dafs die Hautatrophie nicht immer sekundär zu sein braucht.

4. Hoffmann demonstriert mikroskopische Präparate einer **Perithrombophlebitis syphilitica,** die im frühesten Stadium der Lues, als der Primäraffekt noch bestand, sich ausgebildet hatte.

5. Hollstein demonstriert eine am 7. Dez. 1897 von Oestreicher vorgestellte Patientin (cf. *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. 26, S. 35 u. 200), deren Leiden damals als Impetigo mit Ausgang in Gangrän bezeichnet wurde. Inzwischen sind immer neue Blaseneruptionen mit folgender Gangrän und Narbenbildung entstanden (Bauch, Genitalien), welche vor einigen Jahren auf die Diagnose von Tuberkuliden hin zur Exstirpation der mit grofsen gangränösen Stellen bedeckten Vulva führten. In der Narbe und am Oberschenkel sind inzwischen immer wieder neue ähnliche Efflorescenzen entstanden. Patientin leidet zwar an schwerer Tuberkulose innerer Organe, aber auch an schwerer Hysterie. Die Affektion gehört in das Gebiet der **multiplen neurotischen Hautgangrän** und es besteht starker Verdacht, dafs sie ihr Leiden **artefiziell** erzeuge. Ganz besonders spricht das mikroskopische Bild für ein Artefakt.

Diskussion: Blaschko hat damals bereits die Affektion für artefiziell erzeugt gehalten und ist während der späteren Beobachtung, namentlich durch die Form der Efflorescenzen, noch mehr in dieser Ansicht bestärkt worden.

Strassmann demonstriert die exstirpierte Vulva.

Meyer bemerkt, dafs die Efflorescenzen sich im Laufe der Jahre geändert hätten. Vor einigen Jahren hätten sie an die von Hallopeau und Bureau beschriebenen Tuberculides acnéiformes et nécrotiques erinnert (*Annales*, 1897, S. 55 u. 175).

Lesser empfiehlt Aufnahme in ein Krankenhaus und genaue weitere Beobachtung.

6. Seegall demonstriert einen Mann mit **Defekt des linken Pectoralis maior und minor.**

7. Lipman-Wulf demonstriert einen Mann mit **Defekt des rechten Pectoralis maior und minor.**

Diskussion: Rothmann macht auf die vorzügliche Kompensation des Defektes aufmerksam.

8. Ledermann demonstriert eine 26jährige Frau, die nach Exstirpation tuberkulöser Halsdrüsen eine Lähmung des rechten Cucullaris zurückbehalten hat. An der rechten Schulter, am rechten Oberarm und an der rechten Hand hat sich eine schnell fortschreitende **Sklerodermie** ausgebildet, deren Form durch die Deutlichkeit des erythromelieartigen Vorstadiums Besonderheiten darbietet.

Diskussion: Rothmann bespricht die Übereinstimmung des Nervendefektes (Accessoriuslähmung) mit der Hauteruption und die Bedingungen der Muskelkompensation für die fehlende Cucullarisfunktion.

9. Ledermann demonstriert einen Fall von **universellem Lichen ruber planus**, welcher sich zuerst in den Schnitten blutiger Schröpfköpfe entwickelt hat (einige Wochen nach der Schröpfung zuerst bemerkt).

10. Berger demonstriert

a) einen **modifizierten Harnröhrenspüler mit regulierbarer Abflußöffnung**,

b) einen **galvanokaustischen Mikrobrenner**.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. Januar (6. Februar) 1903.

Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.

1. Pospelow stellte einen Fall von **Mykosis fungoides** vor. Der betreffende, 64jährige, im allgemeinen noch rüstige Mann gibt an, seit $2^{1}/_{2}$ Jahren an sehr heftigem Jucken des ganzen Körpers zu leiden und seit einigen Monaten Geschwülste im Gesicht bekommen zu haben. Die Haut des Patienten ist chagrinartig verändert und stellenweise infiltriert, wobei die Infiltrationen auf den Handrücken von lila Färbung sind und Ähnlichkeit mit Lichen ruber planus zeigen. Auf der Stirn, wie der linken Wange und vor dem rechten Ohr finden sich schmerzempfindliche, fungöse, wie ein Hütchen der Haut aufsitzende Geschwülste von verschiedener Gröfse. Es handelt sich also um einen charakteristischen Fall von Mykosis fungoides, der alle drei Stadien, ekzematöses, lichenoides und Stadium der Geschwulstbildung gleichzeitig vor Augen führt. Eine genauere Untersuchung der inneren Organe hatte noch nicht vorgenommen werden und daher auch die Natur des chronischen Blasenkatarrhs noch nicht näher bestimmt werden können.

2. Tschlenow demonstrierte eine Frau mit einem **Ulcus Paget** der linken Brustdrüse, welches sich als eine infiltrierte, leicht blutende, oberflächlich erodierte, gerötete Fläche präsentiert. Genauere anamnestische Angaben vermochte Vortragender nicht zu machen, weil die Kranke, der chirurgischen Klinik angehörig, von ihm selbst nicht beobachtet worden war. Sie soll vor kurzem eines Deciduoma uteri wegen operiert worden sein, und jetzt ist eine Operation des Ulcus mammae in Aussicht genommen, so dafs Tschlenow später nähere Angaben über das mikroskopische Bild des Tumors machen zu können hofft.

Metscherski lenkt die Aufmerksamkeit auf die stark vergröfserten, linksseitigen Axillardrüsen.

3. Metscherski führte eine Frau mit **Elephantiasis Arabum** der linken unteren Extremität vor. Die Patientin hat, ihrer Angabe gemäfs, früher Syphilis gehabt, wovon auch verschiedene Narben zeugen. Die Elephantiasis hat sich im Laufe der letzten sechs Jahre, wie es scheint, im Anschlufs an Venenerweiterungen nach den Geburten und vielfache Erysipele entwickelt.

4. Dokutschajew als Gast machte Mitteilung über eine neue, von ihm gefundene **Behandlung der Psoriasis vulgaris**, nämlich mit Menthol-Lebertran (1:6) und

zeigte einen, wie der Vergleich mit einer Photographie vor der Behandlung bewies, vorzüglich behandelten Fall dieser Art. Mit derselben Lösung hat D. auch gute Erfolge bei chronischem Ekzem erzielt.

Pospelow, in dessen Klinik Vortragender die Versuche angestellt hat, bestätigt, daſs der vorgestellte Fall ohne Arsengebrauch, allein durch lokale Behandlung mit genanntem Mittel so weit gebracht worden ist.

5. Bogrow zeigte einen Knaben mit **Keratosis follicularis**, bei dem es auſser den charakteristischen Erscheinungen dieser Affektion zu völligem Ausfall der Augenbrauen gekommen ist, vielleicht bedingt durch entzündliche Prozesse in den Talgdrüsen.

6. Küsel sprach über Versuche mit **Gonozan**, einer Auflösung von Kawa-Kawa in Ol. Santali. Seine zwar noch nicht zahlreichen Versuche bestätigen im groſsen Ganzen die günstigen Erfolge von Boss mit diesem Mittel. Leider ist dasselbe nur sehr teuer, da jede Kapsel zu 0,3 fünf Kopeken kostet und acht Kapseln täglich gegeben werden.

Diskussion: Sinizin hält ein Urteil über dieses Mittel für verfrüht, wo die Anzahl der Untersuchungen klein ist. Wenn dasselbe aber nur den Vorteil bieten soll, daſs es ebensoviel leistet, wie das Sandelöl, so kann er nicht viel von demselben erwarten, da nach seinen Erfahrungen das älteste Mittel, der Copaivabalsam, immer noch das beste von allen balsamischen ist. Leider ruft letzteres nur Hautausschläge und Verdauungsstörungen hervor.

Küsel erwidert, er habe sich noch gar kein abschlieſsendes Urteil über das neue Mittel erlaubt, sondern dasselbe nur als ein die Tripperbehandlung unterstützendes und dem Sandelöl ähnliches Mittel zur Nachprüfung empfohlen. Im übrigen können die Balsamica nur die lokale Behandlung des Trippers mit Silbersalzen unterstützen, welch letztere als die Hauptsache anzusehen ist.

Sinizin kann dem nicht beistimmen, da er die innere Behandlung des Trippers, dieses häufig schon so früh sich komplizierenden Leidens, als sehr wichtig ansieht und die lokale Behandlung im akuten Stadium geradezu für schädlich hält. Das beste Mittel gegen den Tripper wird, wie er glaubt, dasjenige sein, welches man in das Blut wird einspritzen können.

Orlow findet, daſs bei einer Beurteilung des Gonozans unbedingt die mikroskopische Untersuchung des Trippersekretes notwendig ist, worüber keine Mitteilungen gemacht worden sind.

Pospelow spricht sich entschieden für eine lokale Behandlung des Trippers aus, da die bisher üblichen Balsamica den Verdauungstractus, wie die Nieren schwer schädigen, während das Erythem noch als eine harmlose Erscheinung anzusehen ist, die nach Aussetzen des Mittels sofort schwindet. Wenn das Gonozan, wie natürlich erst weitere Untersuchungen ergeben werden, die Nieren und die Verdauungsorgane weniger reizen würde als das Sandelöl, wäre es mit Freuden zu begrüſsen.

Bogdanow fragt, wie die Wirkung des Gonozan zu erklären sei?

Küsel erwidert, durch Übergang in den Urin.

Bogdanow hält das für das Sandelöl nicht erwiesen, sondern neigt der anderen Ansicht zu, daſs es die Tätigkeit der Epithelien und die Leukocytose steigert, wodurch die Leukocyten widerstandsfähiger werden für den Kampf mit den Gonokokken.

7. Sokolow redete über Versuche mit **Hermophenyl** ($C^6H^3O(SO^3Na)^2Hg$), welches er bei sieben syphilitischen Kranken subcutan angewandt hat. In drei von diesen sieben Fällen ist die Behandlung noch nicht zu Ende geführt worden; in vier, wo das der Fall war, gab sie befriedigende Resultate. Einen dieser Fälle — Syphilis recens mit Bildung eines pustulösen Exanthems — besprach Vortragender genauer und stellte ihn, nach Anwendung von 35, täglich ausgeführten, subcutanen Injektionen

einer 1%igen Lösung, wovon stets eine ganze Pravazspritze injiziert worden war, als frei von Syphilissymptomen vor. Besonders hervorgehoben werden mufs, dafs sich keine Infiltrate an den Injektionsstellen finden.

8. Scharshinski, als Gast, machte Mitteilung über das **Mercurium colloidale** und Versuche mit demselben als Einreibung, die aber keinen Vorzug desselben vor der offizinellen grauen Salbe, wie dem Hg-Resorbin boten.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

VI. Jahrg. No. 3.

Allgemeine Gesichtspunkte bei der Behandlung blennorrhoischer Prozesse, von Arthur Lewin. Den Ausgangspunkt einer rationellen Therapie mufs die pathologisch-anatomische Betrachtung der Blennorrhoe bilden. Soweit die Blennorrhoe Schleimhäute mit Plattenepithel ergreift, bleibt der Prozefs ein oberflächlicher (Blennorrhoea superficialis), dagegen dringt er in die Tiefe da, wo Cylinder- oder Flimmerepithel vorhanden ist (Blennorrhoea profunda), so im Cervix, in den Tuben, im Rectum, in der Conjunctiva, in den Morgagnischen Krypten, in der Prostata, in der Vesicula seminalis, im Vas deferens, in der Epididymis. Injektionen werden nur bei der Blennorrhoea superficialis Nutzen bringen; wo sie versagen, liegt eine Blennorrhoea complicata oder Blennorrhoea profunda vor. Hier können die injizierten Antiblennorrhoica nur die auf die Oberfläche geschwemmten Gonokokken unschädli ch machen. Für die Blennorrhoea superficialis sind die Janetschen Spülungen am meisten zu empfehlen; es wird Protargol (¼—½%) oder das weniger wirksame Albargin (0,2%) benutzt. So erzielt man Heilung in drei Wochen; die Kokken schwinden in ein bis fünf Tagen. Nur wo von vornherein sehr stürmische Erscheinungen vorhanden sind oder es sehr früh zur Tiefenblennorrhoe kommt, ist diese Behandlung nicht zu empfehlen. Da mufs man sich mehr exspektativ verhalten. Für die Blennorrhoe des Weibes, die in Vagina und Urethra stets superfiziell ist, eignet sich die Einführung von Tampons, die in 5%ige Protargollösung getaucht sind, um den Übergang in den Cervix zu verhüten. Wo nach vier bis fünf Tagen noch Gonokokken vorhanden sind oder starke Eiterung fortbesteht, handelt es sich um eine Blennorrhoea complicata oder profunda. Mikroskop, Knopfsonde und Endoskop müssen dann näheres feststellen. Dann treten mechanische Heilmittel in Funktion, Dilatatoren etc. Die Blase wird vor Anwendung dieser mit ½%iger Protargollösung oder, wenn keine Kokken nachweisbar sind, mit Argentum nitricum (1 : 5000) gefüllt. Die Einführung der Instrumente stellt auch die beste Provokationsmethode dar. (Es dürften dem Verfasser in dem Rat, so früh mit den instrumentellen Eingriffen vorzugehen, nicht viele folgen. D. Ref.)

Zur Technik intramuskulärer Quecksilberinjektionen: ein Kanülenhalter, von Schourp. Vor Injektion von Quecksilbermitteln nimmt man von der eingestochenen Kanüle oft vorher die Spritze ab, um zu sehen, ob Blut austritt und ein Gefäfs verletzt ist. Das Abnehmen und Wiederaufsetzen sind etwas schmerzempfindlich und unbequem. Der angegebene Kanülenhalter soll beidem vorbeugen. Er ist von Hahn & Lödel in Danzig für sechs Mark zu beziehen.

No. 4.

Über Mandelschlitzung bei einigen Fällen von langwieriger und rezidivierender Lues der Tonsillen, von NICOLAI. Örtliche Reizzustände disponieren bekanntlich zu längerer Dauer luetischer Erscheinungen und zu häufigen Rezidiven derselben. Das gilt auch von den so oft erkrankten Tonsillen. Will man das verhüten, dann muſs man die in denselben sich abspielenden lacunären Prozesse beseitigen. Das geschieht durch die Schlitzung, die man mittels Schielhaken ausführt. Man drückt diesen tief in die Lacunen und durchtrennt durch Zug die Zwischenwände. Nachher Pinselung mit 5%iger Chromsäurelösung. Brauchbar, wenn auch meistens entbehrlich, ist ein an der konkaven Seite scharfer Schielhaken, wie ihn ESCHLE angegeben hat. Wo starke Hypertrophie der Tonsillen vorliegt, werden die Rezidive der Plaques muqueuses am besten durch Abtragung der Mandeln verhütet. (Schluſs folgt.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatsberichte für Urologie.

Band VII, Heft 12.

Erfahrungen über die Behandlung der Prostatahypertrophie mittels BOTTINIscher Operationen, von F. VIERTEL. In anregender Weise bespricht der vor kurzem leider verstorbene Verfasser die Erfahrungen, welche er mit der BOTTINIschen Operation gemacht hat. Nur einzelnes sei hervorgehoben. Der Zustand der Prostata muſs vor der Operation auf alle Fälle durch das Cystoskop festgestellt werden. Nur so sind wir vor unliebsamen Überraschungen sicher, können Geschwülste, Fremdkörper, Steine, Geschwüre vorher konstatieren, die Gesundheit beider Nieren getrennt feststellen. Zur Verhütung der Schüttelfröste nach der Cystoskopie bedarf der Restharn vor allem der Beachtung. Bei Untersuchung auf Restharn ist der positive Befund nach dem spontanen Urinieren nicht ausschlaggebend, da auch die normale Blase — besonders bei nervösen Menschen — sich spontan oft nicht völlig entleert. Verfasser spritzt 20 ccm einer öligen 2%igen sterilisierten Jodoformölmischung in die Blase. Ist die Blase insuffizient, dann findet man nach Tagen, selbst nach Wochen noch Öl in der Blase, wenn man diese mit dem Katheter entleert, während sonst das Öl schon bei der nächsten Miktion weggeht.

Verfasser hat 47 Prostatiker nach BOTTINI operiert; davon hatten zehn Steine in der Blase. Auſserdem hat er aber noch andere steinkranke Prostatiker gesehen. Die Entfernung des Steines muſs der BOTTINIschen Operation vorausgeschickt werden. Eventuell kann man beides bei der Sectio mediana, die man unter SCHLEICHscher Anästhesie macht, vereinigen. Statt BOTTINIscher Operation kann man auch nach Sectio mediana mittels geknöpften Messers tiefe Incisionen in die Prostata machen. Danach Einlegen eines kleinfingerdicken Drains durch die Dammwunde in die Blase für 4—5 Tage. Diese Operationsweise ist für schwache Kranke (Diabetiker, Herzleidende) mit mittlerer Prostatahypertrophie und kleinen Steinen zu reservieren. Nach 4—5 Tagen Entfernung des Drains und Applikation eines Dauerkatheters für 1—2 Tage. Zur cystoskopischen Untersuchung auf Stein muſs bei Prostatikern die hohe Beckenlagerung angewendet werden, da sich sonst der Stein leicht versteckt. Nach der BOTTINIschen Operation wird stets ein Verweilkatheter eingelegt, der zwei Tage liegen bleibt. Nachher wird nur katheterisiert, wenn die Harnmenge 200 ccm übersteigt. Am dritten Tage bei Entfernung des Dauerkatheters werden 100,0 ccm einer 1%igen Argentum nitricum-Lösung in die Blase gespritzt, die der Patient ohne Katheter zu entleeren suchen muſs. Alle 2—3 Tage wird ein Jodoform-Kakaobutterstäbchen in die Pars posterior eingeführt. Wo der Schorf in der Blase zurückbleibt, muſs er

entfernt werden, da er sonst zur Steinbildung führen kann. Die Kontrolle des Heilungsprozesses kann man durch ein Urethroskop für die Pars posterior ohne Störung ausüben. Das Cystoskop eröffnet und schliefst die Operationsbehandlung der Prostatahypertrophie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

The British Journal of Dermatology.

Band 15. Januar 1903.

I. **Mykosis fungoides und die Behandlung mit Röntgenstrahlen**, von W. A. Jamieson. Der Verfasser berichtet über zwei Fälle von Mykosis fungoides. Der eine betraf einen 66jährigen Mann, welcher vor drei Jahren nach einer starken Erhitzung einige kleine Knötchen an beiden Handgelenken und später an den Beinen bekam. Vor einem Jahre etwa wurde das Gesicht befallen. Es zeigte zuerst einen trockenen, schuppigen Zustand, wurde dann rot, geschwollen und begann zu nässen. Eine ähnliche Beschaffenheit nahmen auch die anderen, ergriffenen Hautpartien an. Das Leiden verursachte anfangs intensives Jucken, später mehr Brennen. Um dieselbe Zeit, wo das Gesicht befallen wurde, verlor der Patient fast alle Kopfhaare. In den letzten Monaten war die Haut verdickt, stellenweise ihrer Epidermis entblöfst und stark nässend. — Die Therapie erwies sich erfolglos. Der Patient starb schliefslich im Irrenhause.

Fall 2 betraf eine 54jährige Frau, bei der die Affektion vor zehn Jahren mit einem markstückgrofsen, geröteten, juckenden Fleck am Halse, nahe dem Ohre begann. Erst im letzten Jahre entwickelten sich im Gesicht und am Halse dunkel- bis blafsrote, teils glatte, teils rissige, kraterförmige, erbsen- bis wallnufsgrofse Tumoren, die sich mittelweich anfühlen. In der Sternalgegend befinden sich einige nässende, ekzemartige, etwas verdickte Hautstellen.

Die Patientin wurde mit Röntgenstrahlen behandelt. Die Expositionen dauerten für jeden Teil 3—5 Minuten. Nach Beendigung der Sitzung wurden die bestrahlten Partien mit ein wenig Vaselin bestrichen. Die Wirkung der Behandlung war ein stetiges Schrumpfen der Tumoren. Nach mehreren Monaten waren diese und einige andere Tumoren, die sich neu entwickelt hatten, völlig verschwunden und sind es bis zu diesem Tage geblieben.

Der Verfasser teilt im folgenden ausführlich die Resultate der histologischen Untersuchung mit.

II. **Professor v. Dürings Bericht über endemische und hereditäre Syphilis in Kleinasien**, von G. Ogilvie-London. Der Verfasser begleitet sein Referat über die von uns bereits referierte Düringsche Arbeit (s. Bd. 35, S. 408) mit einigen kritischen Bemerkungen.

III. **Akute, symmetrische, erythematöse Keratodermie, verursacht durch Arsenmedikation**, von R. P. White. Ein 13jähriger, an Chorea leidender Knabe bekam Arsenik verordnet und zwar alle vier Stunden vier Tropfen des Liquor arsenicalis. Die Dosis wurde allmählich gesteigert, so dafs der Patient innerhalb von neun Tagen auf zehn Tropfen vierstündlich angekommen war. Leichte Conjunctivitis und Rhinitis, silberhell belegte Zunge waren die ersten Erscheinungen einer Intoxikation, worauf sofort das Mittel ausgesetzt wurde. Am Abende desselben Tages traten erythematöse, symmetrische, hellrosenrote Flecken an allen Phalangeal- und Metacarpophalangealgelenken auf; ähnliche Flecke zeigten in den nächsten Tagen die Hand- und Ellenbogengelenke, die Trochanteren, Malleoli und die Plantarfläche der Füfse und Zehen. Die Haut an den befallenen Stellen war, abgesehen von der Farbe, gespannt und stark verdickt. Ein Scharlacherythem bedeckte nahezu die ganze

Körperoberfläche, hielt jedoch nur zwei Tage an und war dann plötzlich verschwunden, während die erwähnten erythematösen Flecke persistierten. Im Zentrum derselben begann Desquamation aufzutreten, später schälte sich die Epidermis in grofsen weifsen Lamellen auch an der Peripherie der befallenen Hautpartien ab. Innerhalb von sechs Wochen war der Patient von seiner Chorea und auch von seinem Ausschlage völlig befreit. Keine Spur einer Arsenpigmentation war zu sehen. *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1902. Heft 13.

1. **Über die Verhältnisse, unter denen die Eingriffe bei der Chirurgie der Harnwege erfolgen,** von Guyon. G. bespricht in dem hier vorliegenden klinischen Vortrage die Mittel, die uns zur Verfügung stehen, um bei Kranken mit Urinretention eine Infektion der Blasenschleimhaut zu verhindern, eine bereits bestehende Infektion zu beseitigen und die Resorption septischen Urins hintanzuhalten. Die Anschauungen G.s über diese Fragen sind aus seinen und seiner Schüler Arbeiten bekannt.

2. **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates,** von Noël Hallé und Boleslas-Metz. Der Artikel wird fortgesetzt.

Götz-München.

Bücherbesprechungen.

Das Fleckfieber, von H. Curschmann-Leipzig. (*H. Nothnagels spez. Pathologie u. Therapie.* III. Band, II. Teil, 1. Abteil. — Alfred Hölder, Wien. 1900.) Die vorliegende Bearbeitung ist auf der Eigenbeobachtung von annähernd 700 Krankheitsfällen begründet. Diese Tatsache sowie der Name des Autors dürften genügen, um die Bedeutung des Werkes in das rechte Licht zu setzen. In der Nothnagelschen Sammlung folgt das „Fleckfieber" unmittelbar auf den „Unterleibstyphus", mit dem es auch den Verfasser gemeinsam hat. Diese Zusammenstellung ist aber nur eine rein äufserliche; denn des Verfassers Ausführungen lassen es nicht im mindesten zweifelhaft, dafs die beiden Krankheiten miteinander nicht das Geringste zu tun haben. Er hebt das auch dadurch hervor, dafs er alle an Typhus erinnernden Bezeichnungen, wie Flecktyphus, Typhus exanthematicus etc. gänzlich vermeidet. Verfasser stellt vielmehr das Fleckfieber in eine Reihe mit den akuten Exanthemen, mit denen es alle charakteristischen Merkmale teilt. — Ohne auf Einzelheiten hier näher einzugehen, sei nur in Kürze die Schilderung des Verfassers über das die Dermatologie besonders interessierende Symptom, das Exanthem, wiedergegeben, da die kurzen Bemerkungen darüber in den dermatologischen Lehrbüchern untereinander und mit den Wahrnehmungen des Verfassers nicht durchweg übereinstimmen. Das Exanthem erscheint am dritten bis fünften Krankheitstage in Form zunächst stecknadelkopf-, bald linsengrofser, blafsroter, anfangs rein hyperämischer Flecke, die nicht erhaben sind, rundliche oder längliche Gestalt und etwas verwaschene Ränder haben. Zunächst in der Unterbauch-, Brust- und Schultergegend auftretend, verbreitet es sich innerhalb kurzer Zeit in einem Zuge über den Rücken und die Extremitäten bis herunter auf die Hand- und Fufsrücken; Nachschübe kommen nicht vor. Frei bleiben

nur Handteller und Fufssohlen, sowie meist das Gesicht, das aber stark gerötet und gedunsen aussieht. Gleichzeitig mit dem Roseolaausschlag tritt nicht selten ein masernähnliches Exanthem hervor, besonders an der Streckseite der Vorderarme und Unterschenkel, sowie an Brust und Bauch, das früher als der typische Ausschlag verschwindet. Am zweiten oder dritten Tage seines Bestehens erfährt das anfangs rein hyperämische Exanthem eine Umwandlung dahin, dafs eine je nach der Schwere des Verlaufs mehr oder minder grofse Zahl der Roseolen hämorrhagisch und bald petechial wird. Dadurch treten die anfangs blassen, verwaschenen Roseolen schärfer hervor, werden kupferfarben mit lividem Zentrum oder im ganzen schmutzig dunkelblaurot. Diese Petechien schwinden natürlich langsamer als die einfachen Roseolen, unter kleientörmiger Abschuppung. *A. Loewald-Graudenz.*

Die chemisch-physikalische Beschaffenheit der Heilquellen, von W. Meyerhofer. (Leopold Voss, Hamburg 1902.) In dem auf der Karlsbader Naturforscher- und Ärzteversammlung gehaltenen Vortrage bespricht M. den osmotischen Druck und die Jonentheorie und die Analyse der Mineralwässer nebst ihrer spezifischen Wirkung auf den menschlichen Organismus, um zum Schlufs die Frage zu besprechen, ob künstliche und natürliche Mineralwässer dieselben Heilungen hervorbringen. Im letzteren Punkte gibt Verfasser keine bestimmte Meinung ab, er hebt nur die denkbaren Unterschiede hervor und zeigt für einige dieser Unterschiede die Möglichkeit einer Prüfung mittels physikalisch-chemischer Methoden an. Näheres mufs im Original nachgelesen werden, da es sich nicht zum Referat eignet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Hygiene der Barbierstuben, von C. Bruhns-Berlin. (Gustav Fischer, Jena 1902.) B. fafst die Gesamtliteratur über die in den Barbierstuben erworbenen Krankheiten zusammen. Die hauptsächlichsten vorkommenden Krankheiten, die von vielen Autoren angeführt werden, sind Syphilis, Herpes tonsurans, Tuberkulose, Impetigo contagiosa, Sycosis parasitaria, Alopecia areata, Trichorrhexis nodosa, Ecthyma, Furunculosis, Pediculosis u. a. mehr. Zweifelhaft mufs die Übertragungsmöglichkeit angesehen werden beim Favus, Ekzem, Seborrhoea capitis und gewissen Formen der Alopecia areata. Um Infektionen aller Art zu vermeiden, macht Verfasser folgende Vorschläge:

1. Rasiermesser und Scheren sind nach jedesmaligem Gebrauch mit absolutem Alkohol abzuwischen, die Haarschneidemaschinen auszukochen.

2. Der Gebrauch des allgemeinen Rasierpinsels soll ganz in Wegfall kommen statt dessen soll der Barbier, wenn der zu Rasierende nicht selbst einen Pinsel mitbringt, mit der Hand einseifen. Ebenso sollen Schwämme nicht gebraucht werden, statt derselben können kleine Mullstückchen, die nach jedesmaligem Gebrauch weggeworfen werden, verwendet werden.

3. Statt der leinenen sollen Papierservietten benutzt werden, die zweckmäfsig über das leinene Tuch übergelegt werden, auch zum Abtrocknen dienen und dann weggeworfen werden. Die Berührung des Frisiermantels mit der Haut des Halses soll durch dazwischen gesteckte Papierserviette verhindert werden.

4. Statt der Puderquasten empfehlen sich Pudergebläse. Der Gebrauch der Schnurrbartbinde soll ganz wegfallen. Statt durch einen gemeinsam benutzten Alaunstift soll die eventuelle Blutstillung durch Auflegen pulverisierten Alauns erfolgen.

5. Der Streichriemen soll nur mit dem desinfizierten Messer in Berührung gebracht werden, das vielfach üblige Glätten des Streichriemens mit der Hand mufs ganz unterbleiben.

6. Das Bürsten der Haare soll möglichst in Wegfall kommen und jedem Besucher der Barbierstube, der doch die Verwendung einer Bürste wünscht, empfohlen werden, eine eigene zu führen. Aufserdem könnten die Barbiere immer einige in Formalin-

dämpfen sterilisierte Bürsten bereit halten, für deren Benutzung sie zu einem kleinen Extrahonorar berechtigt sein dürften. Als Kämme sollen solche aus Aluminium oder vernickeltem Stahl gebraucht werden und jedesmal ausgekocht werden, am besten sind eigene Kämme und Bürsten.

7. Der Barbier mufs seinen Anzug peinlich sauber halten, vor jeder Bedienung Hände und Fingernägel reinigen.

8. Jeder Barbier, der an einer ansteckenden Hautkrankheit oder an infektiösen Symptomen von Syphilis leidet, mufs unbedingt solange seine Tätigkeit aufgeben.

9. Alle notwendigen prophylaktischen Vorschriften müssen von der Behörde als obligatorisch angeordnet, ihre Befolgung durch geeignete Personen kontrolliert und ihre Übertretung streng bestraft werden.

10. Vor allem mufs aber auch der Laie zu der Erkenntnis der dringenden Notwendigkeit solcher Schutzmafsregeln gebracht werden, damit das Publikum selbst die wirksamste Kontrolle über den Barbier ausüben kann. Deshalb müssen Vorschriften in den Barbierstuben möglichst sichtbar angeschlagen sein. Den speziellen Desinfektionsvorschriften soll eine kurze belehrende Ausführung vorangestellt werden, aus der das Publikum die Möglichkeit und die Gefahren der Ansteckung, sowie die Möglichkeit, sich davor zu schützen, kennen lernt.

11. Unter den Vorschriften soll ein Paragraph enthalten sein, der allen Besuchern der Barbierstuben, soweit möglich, die Anschaffung eigenen Rasierzeugs dringend empfiehlt.

12. Bei Personen, die an ansteckenden Haut- beziehungsweise Haarkrankheiten oder an infektiösen Syphilissymptomen leiden, ist das Rasieren, Haarschneiden und Frisieren in der Barbierstube nicht zulässig, solche Personen sollen nur in ihrer Wohnung mit ihren eigenen Utensilien bedient werden. Nach der Bedienung eines mit Ausschlag behafteten Kunden mufs der Barbier die Hände in Sublimatlösung 1°/₀₀ desinfizieren.

13. Für die Durchführung der verschiedenen Desinfektionsmafsregeln würde ein geringer Preisaufschlag der Barbiere für die Bedienung ihrer Kunden berechtigt sein.

(So gut diese Vorschriften sind, so fürchte ich, dafs ihre Ausführung noch sehr lange nur ein frommer Wunsch bleiben wird. D. Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Lehrbuch der Hautkrankheiten, von Eduard Lang-Wien. (J. F. Bergmann, Wiesbaden. 1902.) Seinen „Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis" hat Verfasser, einem Wunsche seines Verlegers entsprechend, nun auch ein „Lehrbuch der Hautkrankheiten" folgen lassen. Die Fachkollegen werden dem Verleger gewifs dankbar sein, dafs er ihnen dieses schöne Werk beschert hat. Alle Vorzüge, die den Vorlesungen über die Syphilis ihre weite Verbreitung und bedingungslose Anerkennung verschafft haben, die souveräne Beherrschung des Stoffes, die ansprechende, stets klare Form der Darstellung, die sicher präzisierte Stellung des Autors in dem Kampf der Meinungen u. s. w., alle diese Vorzüge finden wir auch in dem neuen Werke wieder, sie sichern diesem von vornherein einen hervorragenden Platz unter den anderen Lehrbüchern. — Auf eine Einteilung des Stoffes nach einem System hat Verfasser verzichtet; er hebt nur den „eigentlichen Dermatosen" gegenüber die Hautveränderungen im Gefolge anderer schwerer Affektionen, die Hautveränderungen bei akuten Infektionskrankheiten und die akuten Exantheme heraus. Gleichwohl wird man natürlich die Betonung des Zusammengehörigen nicht vermissen. So deutet z. B. der Platz, den die Psoriasis gefunden hat, unmittelbar hinter den Hyphomykosen, schon darauf hin, dafs Verfasser sie als eine mykotische Erkrankung betrachtet. Andererseits kann man schon aus der räumlich getrennten Beschreibung des Lichen ruber planus und acuminatus entnehmen, dafs Verfasser diese

beiden Leiden als durchaus nicht zusammengehörige Krankheitsbilder angesehen wissen will. Den Lichen acuminatus identifiziert er, wie die meisten deutschen Dermatologen mit der Pityriasis rubra pilaris und beschreibt ihn unter letzterem Namen, um die Verschiedenheit vom Lichen planus auch äufserlich zu dokumentieren. Das seltene Vorkommnis beider Efflorescenzenformen bei demselben Individuum berechtigt seiner Ansicht nach nicht dazu, auf eine Identität der beiden Erkrankungen zu schliefsen; mit demselben Rechte, meint Verfasser in einem recht anfechtbaren Vergleiche, könnte man aus Kaposis Beobachtung vom Auftreten von Lichen planus nach Pemphigus den gleichen Schlufs ziehen.

Mit besonderer Liebe ist das Kapitel der tuberkulösen Dermatosen, namentlich auch nach der therapeutischen Seite bearbeitet. Verfasser teilt da eine Behandlungsart des Lupus mit, über die unseres Wissens an anderer Stelle noch keine Veröffentlichung erfolgt ist, so dafs eine kurze Wiedergabe hier gerechtfertigt erscheinen mag. Die „Inundationsmethode", wie Lang sie nennt, besteht darin, dafs mittels Pravazspritze eine Sublimatlösung wie bei der Schleichschen Anästhesierung in die Umgebung und unter die Basis des lupösen Herdes, sowie in diesen selbst injiziert wird. Um das Austreten der Flüssigkeit aus dem inundierten Gewebe zu verhindern, ist sofortige Ausschabung und Paquelinisierung oder Verschorfung mit dem Luftbrenner anzuschliefsen; spätere Behandlung durch Salbenverbände. Verfasser meint, das Verfahren sei geeignet, auf die Rückbildung des Prozesses einzuwirken; er hat in einigen Fällen gute Resultate gesehen. Es wird sich allerdings wohl schwer feststellen lassen, wieviel von etwaigen günstigen Resultaten auf Rechnung der Ausschabung und Verschorfung allein zu setzen sein wird.

Zum Schlusse sei noch auf die dem Werke beigegebenen vorzüglichen Illustrationen besonders aufmerksam gemacht. Wir empfehlen das neue Lehrbuch den Fachkollegen bestens und wünschen ihm weite Verbreitung in den Kreisen der Ärzte und Studenten. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Womit sind die ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche im Deutschen Reiche wirksam zu bekämpfen? Preisschrift von Max Silber-Breslau. (Benno Konegen, Leipzig 1902.) Die Hauptverbreitung venerischer Krankheiten besorgt die Prostitution. Mit ihrer Bekämpfung mufs auch die Seuche der sexuellen Affektionen zu treffen sein. Der heutige Modus dieser Bekämpfung ist ein falscher. Die Prostitution ist ein Ausflufs unserer sozialen Zustände und Auffassungen. Man versuche also der Männerwelt das Schliefsen einer Ehe zeitiger zu ermöglichen und die traurigen gesellschaftlichen Mifsstände zu beseitigen, welche so viele Weiber dem käuflichen Geschlechtsverkehr zugänglich machen. Abgesehen davon müssen natürlich das Prostituiertenwesen überwacht und die Verbreitung geschlechtlicher Ansteckungen durch die Dirnen möglichst umfassend verhütet werden. In Deutschland verweisen die jetzt bestehenden Reglementierungs-Systeme die Mädchen, welche der Unzucht leben, meistenteils auf das Wohnen in Privatunterkunft. Die Bordelle sind dem Reichsgesetz verfallen, was nicht verhindert hat, dafs sie in einigen Städten doch noch geduldet werden. Dafs alle Überwachung der Prostituierten aller Wohnungs-Systeme bisher relativ erfolglos geblieben sind, steht fest. Das beruht darauf, dafs man einseitig nur die reine Prostitution in die Überwachung einbezogen hat. Ganz wird man das Reglement nicht entbehren können, doch mufs es möglichst wenig nach Zwang schmecken. Die freie heimliche Prostitution bietet sanitär viel gröfsere, ja die allerschwersten Gefahren, da alle Untersuchungen polizeilichen Anstrich tragen und von dieser Sorte der Frauenwelt darum erst recht gefürchtet sind und gemieden werden. Dadurch geschieht oft eine beklagenswerte Verheimlichung, und Gesundheitsschädigungen des Einzelnen wie der Gesamtheit sind die Folge. Darum sind zu

fordern: Abschaffung der Sittenpolizei, rein ärztliche Überwachung, und zwar Behandlung wie Untersuchung, wie Heilmittel-Darreichung ohne Entgelt. Ausbildung der Ärzte in der Materie, Anstellungen weiterer Spezialisten von Fach, Aufnahme Geschlechtskranker in allen Spitälern ohne Unterschied und Pflege derselben daselbst ohne Rigorosität, Verbot der Kurpfuscherei. Ferner ist zu verlangen, dafs alle Verpflichtungen der Krankenkassen auch auf die Venerischen ausgedehnt werden, vielleicht liefse sich darauf gegründet später auch die obligatorische Meldung der Geschlechtskrankheiten einführen. Die Landesversicherungs-Anstalten müssen ebenfalls herangezogen werden, das Fürsorgegesetz ist mit Verbesserungen der Wohnungs- und Erwerbsverhältnisse zu vereinigen und das geistige, ethische und moralische Niveau der Massen zu heben. Dazu fordert der Verfasser die Aufklärung in jeder Form, in Vereinen, Fach- und Fortbildungsschulen, auf Seminaren und Hochschulen, im Heere, innerhalb der Krankenkassen, in der Tagespresse und in der Zeitschriftenliteratur. Auch der persönlichen Prophylaxe kommt im beregten Kampfe eine grofse Bedeutung zu.

Hopf-Dresden.

Licht und Gesundheit; Phototherapie; Radiotherapie, von A. Bellini. (Aus der Sammlung der Höplischen Handbücher, Mailand 1903.) Der gröfsere Teil dieses neuesten Werkchens aus der bekannten Sammlung von Höpli behandelt die physikalischen Eigenschaften des Lichtes im allgemeinen (Optik, Wirkung des Lichtes auf die organische und anorganische Welt, auf die Tiere und den Menschen, auf die Mikroorganismen). Im speziellen Teile wird zunächst die Hygiene des Lichtes besprochen und sodann zur Beschreibung der neueren Methoden der Photo-, Photochromo-, Photothermotherapie, Aktinotherapie, Radiotherapie übergegangen, wobei das ganze Instrumentarium, die Vorteile und Nachteile der beschriebenen Methoden durchgenommen werden. Das Bändchen ist illustriert. *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Ein neuer Apparat zur therapeutischen Anwendung der Röntgenstrahlen auf Kehlkopf, Zunge, Rectum, Prostata, Vagina u. s. w., von E. W. Caldwell-New York. (*New York med. Journ.* 12. Juli 1902.) C. konstruierte zur direkten lokalen Einwirkung der Röntgenstrahlen auf maligne Neubildungen des Kehlkopfes eine Röhre, welche mit Leichtigkeit in den Mund eingeführt werden kann und so eine möglichst intensive Wirkung entfaltet. Er glaubt, dafs durch Einführung dieser Röhre, welche von glattem Glase und leicht zu sterilisieren ist, in das Rectum Neubildungen der Prostata, ja durch eine künstliche Öffnung in die Bauchhöhle vorgeschrittene Neubildungen der Baucheingeweide günstig beeinflufst werden können. An den Abbildungen ist die Anwendungsart dieses, sehr geistreich ersonnenen, Instrumentes, welches eine Vervollkommnung der Röntgentherapie zu bilden scheint, am besten ersichtlich. *Stern-München.*

Die Radiotherapie und Aktinotherapie der Hautkrankheiten, von Ludwig Török und Moritz Schein. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 18.) Um Schädigungen zu vermeiden, mufs man mit der Bestrahlung bei der Radiotherapie stets aufhören, sobald sich nur die allergeringste Reizerscheinung zeigt: von diesem Prinzip darf

man nicht abgehen. Brennen oder Jucken in der exponierten Haut kündigen oft schon früh die Reaktion an. Hyperämie, Schuppung, Pigmentation, welche aber nur bei dunkel gefärbten Individuen aufzutreten pflegt, Lockerung der Haare, Ekzematisation sind die objektiven Erscheinungen. Einmal sahen die Verfasser das Auftreten zahlreicher Komedonen. Sie benutzen weiche, regulierbare MÜLLERsche Vakuumröhren. — Die Dauer des bei Hypertrichosis erzielten Haarausfalles ist eine sehr verschiedene. Ob sich durch eine 1—1¼jährige Behandlung ein sicheres Dauerresultat erzielen läſst, können Verfasser noch nicht entscheiden. Dafür spricht die oft eintretende Atrophie der Haut. — Sehr rationell ist die Behandlung des Favus mit Röntgenstrahlen; die Heilung ist eine endgültige, wenn wirklich alle kranken Stellen bis zu eintretender Reaktion bestrahlt sind. Zur Sicherheit kann man behufs Elimination von in den Wurzelscheiden zurückgebliebenen Pilzen eine Nachbehandlung einleiten. — Dasselbe gilt von der Trichophytie der behaarten Haut. Das Resultat ist ein sehr günstiges. — Zwei Fälle von Sycosis simplex wurden sehr günstig beeinfluſst, der eine sogar sicher geheilt, der andere entzog sich der Kontrolle. — Über den Erfolg bei der Acne vulgaris können sich die Verfasser nicht endgültig äuſsern; der augenblickliche Erfolg ist jedenfalls ein vorzüglicher. Die antiparasitäre Wirkung mit der sekretvermindernden scheinen da Hand in Hand zu gehen. — Auf den Lupus vulgaris üben die Strahlen einen spezifischen Einfluſs aus, indem nur die kranken Stellen viel früher die Reaktion zeigen. — Die Behandlung von Lupus erythematodes bei zwei Fällen erwies die Notwendigkeit einer wiederholten Behandlung derselben Stelle; der Endeffekt verspricht ein günstiger zu werden. — Bemerkenswert ist die Heilung einer Urticaria pigmentosa im Gebiete der bestrahlten Haut.

Als Ersatz der komplizierten FINSENschen Apparate benutzten die Verfasser diejenigen von LORTET und GENOUD. Sie wenden 20 Ampère an und belichten 25 Minuten. Die Reaktion ist dieselbe wie nach FINSEN: Hyperämie und Exsudation. Die Reaktion tritt bald nach der Belichtung auf und erreicht rasch ihren Höhepunkt. Der Apparat hat sich in einigen Fällen von Lupus vulgaris als brauchbar erwiesen; es scheinen die Strahlen auch in die Tiefe zu wirken. Bei einem Falle von Lupus erythematodes wurde eine Wange mit Röntgenstrahlen, die andere mit Lichtstrahlen behandelt. Besserung trat auf beiden Seiten ein. — Auffallend schnell wurden Fälle von Alopecia areata geheilt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Der gegenwärtige Stand der Lichttherapie, von JULIAN MARKUSE-Mannheim. *Balneolog. Centralztg.* 1902. No. 22/23 und *Dtsch. Med.-Ztg.* 1902. No. 51.) Die violetten und ultravioletten Strahlen rufen eine spezifische Entzündung hervor, die in ihren Symptomen verschieden von allen anderen Hautentzündungen ist, sie wirken incidierend auf den Organismus und haben eine stark bakterientötende Wirkung. Die Lichttherapie ist in ihrem Wesen eine lokale und allgemeine. Verf. bespricht nun die einzelnen Arten (FINSEN, BANG, Sonnenlichtbäder, Glühlichtbäder), und so ergibt sich der gegenwärtige Stand der Lichttherapie etwa wie folgt:

1. Die FINSENsche Lupusbehandlung ist ein Spezifikum, das nur erschwert durch äuſsere Verhältnisse einer universellen Anwendung Hindernisse bietet.

2. Die lokale Lichtbehandlung, abgesehen vom Lupus, ist noch ein ungelöstes Problem.

3. Die allgemeine Bogenlichtbehandlung ist eine Methode, welche bei funktionellen, nervösen Erkrankungen als psychische Beeinflussung heranzuziehen ist.

4. Die allgemeine Glühlichtbehandlung ist eine Wärmeprozedur, die nach dem augenblicklichen Stand unserer technischen Hilfsmittel als die beste Maſsnahme zur Erzeugung von Schweiſs anzusehen ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Der heutige Stand der Finsentherapie, von Alfred Huber. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 20.) Wenn es auch an Abhandlungen über die Finsentherapie nicht fehlt, so kann doch vorliegende klare Darstellung des vom ungarischen Ministerium zu Finsen entsandten Verfassers nur warm empfohlen werden. Das Verfahren wird sehr gelobt, die Resultate beim Lupus vulgaris sehr gepriesen, da 85 % Heilungen erzielt werden. Leider kommt Verfasser zu einem abfälligen Urteile über alle Ersatzapparate des kostspieligen Instrumentariums, so daſs leider die Finsenbehandlung die gewünschte Verbreitung noch lange nicht finden kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Weitere Bemerkungen über Finsens Licht- und Röntgenstrahlen-Behandlung des Lupus und des Ulcus rodens, von Malcolm Morris und S. E. Dore-London. (*Brit. med. Journ.* 31. Mai 1902.) Nach den bisher erzielten Resultaten glauben die Verfasser, daſs diese Methoden ihre volle Berechtigung haben, zwar nicht unterschiedslos in allen Fällen angewendet werden und alle anderen therapeutischen Maſsnahmen verdrängen sollen, jedoch wegen der vorzüglichen kosmetischen Erfolge, die mit ihnen erreicht wurden, den ersten Platz in der Behandlung der Mehrzahl aller Lupusfälle verdienen. Die Nachteile bestehen andererseits darin, daſs die Behandlung eine äuſserst ermüdende ist, lange fortgesetzt werden muſs, um die nicht selten auftretenden Rezidive sofort wieder in Angriff zu nehmen. Ein Nachteil liegt auch in dem kostspieligen Apparat. Die Lampe von Lortet und Genoud hilft diesem Übel zwar schon etwas ab, aber die Wirkung bei derselben ist nur eine oberflächliche. In Fällen von oberflächlichem und mehr in die Fläche als in die Tiefe gehendem Lupus wird die französische Lampe von Nutzen sein, sonst wird man sich besser der Finsenschen Lampe bedienen und die Lichtbehandlung, wo es not tut, zweckmäſsig mit anderen Methoden kombinieren. Die Röntgenstrahlen-Behandlung eignet sich besonders für ulcerierte Lupusfälle. Die Ulcerationen heilen rapide ab. Die erzielten Narben sind jedoch nicht so glatt, wie bei der Finsenschen Behandlung. Auch der Erfolg scheint nicht so nachhaltig wie bei dieser zu sein. Ein Nachteil der Röntgenbehandlung liegt in der Gefahr, eine Dermatitis oder eine Nekrose hervorzurufen.

Was die Reaktion betrifft, so ist dieselbe bei der X-Strahlenbehandlung stärker als bei der Finsenschen.

Selbst bei ausgedehntem Ulcus rodens erwies sich die X-Strahlenbehandlung von raschem Heilerfolge. Nur die indurierten Ränder des Geschwürs widerstehen häufig lange der Therapie. Hier war dann die Behandlung mit Finsens Licht oder mit dem Kauter von Vorteil. Ebenso wie beim Lupus können Rezidive auftreten, doch lassen sich dieselben bei einiger Aufmerksamkeit rasch wieder beseitigen.

Einige Krankengeschichten, denen Aufnahmen vor und nach der Behandlung beigefügt sind, illustrieren das Gesagte. *C. Berliner-Aachen.*

Die Lichttherapie nach Finsen, von Francois-Antwerpen. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 32.) Der Verfasser hält die Lichtbehandlung nach Finsen in allen Fällen von Lupus tuberculosus des Rumpfes und der Glieder für kontraindiziert, während hier chirurgische Maſsnahmen in Frage kommen. Dagegen ist die Phototherapie angezeigt bei knotigem Gesichtslupus. Bei kleinen Lupusherden der Frauen ist sie aus ästhetischen Gründen zu verwenden. Bei mittlerer Ausbreitung von Gesichtslupus stellt sie die Methode der Wahl dar. Bei Lupus von groſser Ausbreitung kommt sie in Frage, sobald die Patienten vor chirurgischen Eingriffen zurückschrecken. Ungewisse Resultate ergibt die Finsen-Therapie nach der Meinung des Verfassers bei vegetierendem, hypertrophischem, bei sehr pigmentiertem Lupus, ferner bei sehr gefährlichem und durch andere Behandlungsarten sklerosiertem Lupus.

Hopf-Dresden.

Lichttherapeutische Neuigkeiten, von H. STREBEL-München. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 39.) ST. teilt mit, dafs es ihm geglückt sei, die erste unzweifelhafte, ausgesprochene Lichtreaktion in der Urethra des Mannes zu setzen, er hofft, bald die akute Blennorrhoe durch Licht beeinflussen zu können und wird später näher über seine Resultate berichten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Experiment mit ultraviolettem Licht, von DAWSON TURNER-Edinburg. (*Brit. med. Journ.* 22. März 1902.) Diese Versuche wurden angestellt, um einen Ersatz der FINSENschen Behandlung zu erzielen. Es wurde dazu das unterbrochene Funkenlicht von einem Kondensor verwendet, das ein sehr intensives ist. Da ferner Glas und ähnliche Medien dafür undurchlässig sind, benutzte T. das natürliche Kochsalz aus den Bergwerken, wobei aber jegliche Feuchtigkeit sorgfältig vermieden werden mufs. Die Resultate sollen sehr befriedigend sein. Ein Patient mit Ulcus rodens, welcher vorher mit nur langsam eintretendem Erfolg mittels Röntgenstrahlen behandelt worden war, konnte nach 5 Sitzungen von $2^1/_2$ bis 5 Minuten Dauer geheilt entlassen werden. Ähnliche Versuche sind auch von WALSHAM angestellt worden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Eisenlicht der „Dermo"-Lampe bei der Therapie des Lupus und der übrigen Hautkrankheiten, von KATTENBRACKER. (*Win. klin. Rundsch.* 1902. No. 35.) Die zum Ersatz der FINSEN-Apparate dienende Dermo-Lampe mit Eisenelektroden entfaltet eine energische baktericide Wirkung und ist zur Behandlung der Hautleiden, auch des Lupus, sehr brauchbar. KROMAYER, STREBEL, LIEBE, BELOW haben gute Resultate erzielt. (Bekanntlich wird von anderer Seite der Dermo-Lampe die zur Heilung des Lupus nötige Tiefenwirkung abgesprochen. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Wirkung des Antistreptokokkenserums, von TAVEL. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1902. No. 33.) Aus der gröfseren Arbeit über das Antistreptokokkenserum sei hier nur weniges hervorgehoben. Dasselbe versagte bei Morbus maculosus, bewährte sich aber sehr bei einer schweren Nackenphlegmone, die sich an einen Furunkel knüpfte. Die hohe Temperatur fiel nach der Injektion von 10,0 des Serums jäh ab, und das wiederholte sich dreimal, bis schliefslich Heilung eintrat. Auch einige andere Staphylomykosen schienen günstig beeinflufst zu werden. In 20 % der Fälle wurden Exantheme beobachtet, die 10—14 Tage nach der Injektion auftraten und mit Fieber einhergingen. Frühexantheme sind lokal und fieberlos. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Kasuistische Mitteilungen über Hautveränderungen durch Arsenik, von ARTHUR JORDAN-Moskau. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1902. No. 18.) Verfasser berichtet über vier auf Arsengebrauch zurückzuführende Dermatosen. Der erste Fall betraf einen Psoriatiker, der 16 Jahre hindurch fast täglich 4 mg Arsen genommen hatte und bei dem sich seit einigen Jahren symmetrisch an beiden Fersen bis erbsengrofse Verhornungen von grauschwarzer Farbe gebildet hatten, deren eine so schmerzhaft war, dafs der Patient nicht auftreten konnte. Andere Ursachen für die Entstehung fehlten. Nach Aussetzen des Arsens und unter Anwendung erweichender Mittel trat langsame Rückbildung ein. — Im zweiten Falle hatte sich bei einer Dame nach 60 subcutanen Arseninjektionen eine grauschwarze Verfärbung der Haut an der linken Hals- und Brustseite ausgebildet; sonstige Veränderungen fehlten. Trotz Aussetzens des Medikamentes blieb die Melanose sehr hartnäckig. — Bei der dritten Beobachtung handelte es sich um einen nach 14tägigem Einnehmen von 2 mg Arsen aufgetretenen, recht ausgedehnten Herpes zoster, der innerhalb 8 Tagen nach Aussetzen des Mittels völlig schwand. — Im vierten Falle waren bei einem Herrn, der wegen Lichen planus in zwei Monaten 0,7 g Acid. arsenicos. genommen hatte, an Handtellern und Fufssohlen lividrote Verfärbung und eine Blase mit wasserhellem, serösem Inhalt auf der

linken Fufssohle aufgetreten. Trotz fortgesetzten Arsengebrauches hielten sich diese Veränderungen in mäfsigen Grenzen. *A. Loewald-Graudenz.*

Untersuchungen über die Wirkung von Nebennierenextrakt (Adrenalin) auf die Schleimhaut der oberen Luftwege bei äufserlicher Anwendung, von M. Bukofzer-Königsberg. (*Arch. Laryng.* XIII. No. 2.) Der Verfasser konstatierte, dafs die wunderbare Wirkung des Adrenalins, Blutleere örtlicher Natur zu erzielen, sich nicht allein auf die Schleimhäute erstreckt, sondern dafs die Wirkung auch auf der mittels Schmirgelpapier ihrer Hornschicht beraubte äufsere Hautdecke eintritt. Das Adrenalin wirkt, wenn es Venen und Arterien genügend nahe gebracht wird, auf beide verengend ein. In Kapillargebieten wirkt es deutlich absperrend auf die Haargefäfse ein. An der Schwimmhaut des Frosches beobachtete der Verfasser, dafs sich nach Applikation des Mittels an der Anfangsstelle einer Kapillare eine Art Hindernis einstellt; die Blutkörperchen vermögen nur noch vereinzelt in das Kapillarlumen einzudringen oder bleiben in ihm liegen. *Hopf-Dresden.*

Über Bromokollresorbin, von R. Ledermann-Berlin. (*Fortschr. d. Med.* 1902. No. 14.) L. hat das fabrikmäfsig hergestellte 20%ige Bromokollresorbin (Bromokoll ist eine Dibromtannin-Leimverbindung und enthält 20 % organisch gebundenes Brom) in einer gröfseren Versuchsreihe von Pruritus nervosus mit Erfolg angewendet. Es handelte sich meist um Formen des lokalen Pruritus am Mastdarm, der Vulva und anderen Stellen, bei denen alle möglichen Mittel erfolglos angewendet waren. Der Erfolg war gewöhnlich, wo er eintrat, ein prompter und schon nach einer oder wenigen Einreibungen bemerkbar, bei Pruritus ani wurde die Wirkung noch durch Bromokollzäpfchen (Bromokoll 1,0, Butyr. Cacao 2,0) verstärkt; irgend eine störende Reizwirkung auf die Haut kam nie zur Beobachtung. Auch in anderen Fällen von Dermatosen, welche mit starkem Juckreiz verbunden waren, wie einem Falle von Lichen ruber planus universalis, mehreren Fällen von Urticaria, von seborrhoischem und chronischem Ekzem, also bei chronisch entzündlichen Hautaffektionen, wurde das Mittel mit Erfolg angewandt; L. verschweigt jedoch nicht, dafs, wie natürlich, derselbe zuweilen nur vorübergehend und auch Mifserfolge zu verzeichnen waren.

Stern-München.

Folgen nach Gebrauch eines sogenannten unschädlichen Haarfärbemittels, von Josef Schütz-Frankfurt a. M. (*Ärztl. Sachverst.-Ztg.* 1902. No. 6.) Nach einmaliger Anwendung eines Haarfärbemittels war bei einem Herrn starkes Brennen und Jucken der Kopfhaut aufgetreten. Trotz sofort eingeleiteter, sehr rationeller Therapie, entwickelte sich aus dem anfangs vorhandenen leichten Erythem und geringer Schwellung der Kopfhaut eine schwere Dermatitis der Kopfhaut, des Gesichtes, des Halses und der Brust, sowie zuletzt der Handteller. Drei Wochen hindurch nahmen die Erscheinungen zu, 14 Tage dauerte die Heilung. Die Ausdehnung der Erkrankung erklärte sich durch die Applikation des Mittels; der Patient hatte sich zur Vermeidung von Flecken völlig entkleidet und hernach, wie es die Gebrauchsanweisung vorschrieb, gewaschen. — Der Patient erhob Klage gegen die Vertriebsstelle des als „absolut unschädlich“ etc. angepriesenen Mittels „Juvenia“, und Verfasser als Sachverständiger gab sein Gutachten dahin ab, dafs die Erkrankung grofse Ähnlichkeit mit einer Dermatitis gezeigt hätte, wie sie nach Gebrauch von Pyrogallol oder sonstigen stark reduzierenden oder oxydierenden Substanzen vorkommen könne. Die chemische Untersuchung stellte fest, dafs die beiden, nacheinander anzuwendenden Teile des Mittels aus einer Wasserstoffsuperoxydlösung (Eau oxygénée) und einer Paramidobenzollösung (Juvenia) bestanden. Vor dem Paramidobenzol (auch Paraphenylendiamin) als Färbemittel lebenden Haares ist schon wiederholt auf Grund einer gröfseren Zahl ganz ähnlicher Beobachtungen wie der vorliegenden gewarnt worden. Die Färbe-

mittel „Fo" und „Phönix" enthielten es auch. Selbst die von P. RICHTER-Berlin nach langen Versuchen als unschädlich empfohlene Zusammensetzung „Aureol" erwies sich als nicht immer reizlos. Bis jetzt müssen daher alle Phenylendiamine enthaltenden Haarfärbemittel als gefährlich angesehen werden. Verfasser verlangt mit Recht einen größeren Schutz des Publikums gegenüber solchen gefährlichen äußeren Mitteln durch die Gesetzgebung. *A. Loewald-Graudenz.*

Ichthargan (Argentum thio-hydro-carburo sulfonicum), von SBARIGIA. (*Il Policlinico.* Heft X. 1902.) Verfasser hat das Präparat in 203 Fällen von Vaginitis und Endometritis angewendet und zwar in 1%iger Glycerinlösung zu Vaginaltamponaden und in 2—3%igen wässerigen Lösungen für die Uterushöhle. Das Ichthargan hat sich dabei als ein rasch wirkendes und sicheres baktericides Mittel bewährt. Die entzündlichen Erscheinungen werden schnell bekämpft, indem das Ichthargan die Eigenschaften des Ichthyols und des Silbers in sich vereinigt. Es dringt tief in die Gewebe ein und verhindert die Ausbreitung des entzündlichen Prozesses. Irgend welche unbeliebigen Komplikationen wurden niemals beobachtet. Der terminale Katarrh braucht nicht, wie bei anderen Behandlungsmethoden, mit Adstringentien behandelt zu werden. *C. Müller-Genf.*

Die therapeutische Bedeutung des Ichthyolsalicyls, von B. RHODEN. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1892. No. 18.) Die Kombination des Ichthyols mit dem Natr. salicyl. gibt ein Pulver, daß je nach dem Gehalt an letzterem mehr oder weniger braun ist. Es werden Präparate mit 25%, 33⅓%, 50% Natr. salicyl. hergestellt; dieselben sind hygroskopisch und in Wasser nicht völlig klar löslich. Je mehr Salicylsäure, desto weniger hygroskopisch, aber desto schwerer löslich ist das Präparat. Verfasser empfiehlt äußerlich besonders das Dermosapol mit 10—20% des 50%igen Ichthyolsalicyls für die Acne rosacea, eventuell noch mit Zusatz von Schwefel etc., für Karbunkel, Balanitis, Bubonen, skrophulöse Drüsen, Ekzem, Frostbeulen, Ulcus cruris nur zur Massage der Umgebung, Varicen, Skabies, Psoriasis, Sykosis. — Die weitere Verwendung bei Rheumatiden, in der Gynäkologie etc. übergehe ich, um nur noch die interne Darreichung des Ichthyolsalicyls bei der Blennorrhoe nach Ablauf des akuten Stadiums zu erwähnen. (Ein wunderbar vielseitiges Mittel! Man denke nur an die Heilkraft bei Acne rosacea und Balanitis, zwei so verschiedene Indikationen gebende Leiden! D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Kenntnis der Gefäßwirkung des Jod (Jodipin), von RICHARD THAUSSIG. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 29.) Die Wirkung des Jod auf die Gefäße ist sichergestellt; besonders bei Asthma, Arteriosklerose, luetischer Endarteriitis, Bleiintoxikation kommt sie zur Geltung. Von den Jodpräparaten zeichnet sich das 25%ige Jodipin, subcutan gegeben (jeden vierten Tag 20 ccm), dadurch aus, daß es sehr lange im Körper bleibt, selten Nebenwirkungen entfaltet, keine Abnahme des Körpergewichts bedingt. Besonders gut war die Wirkung bei luetischen Gefäßerkrankungen, einem Falle von Arteriosklerose und bei Bleikoliken. Bei letzteren beeinflußt das Jodipin die Bauchgefäße günstig; wodurch auch ein Sinken des Blutdruckes bedingt wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Jodyloform, ein neues Wundstreupulver, von G. J. MÜLLER. (*Allgem. med. Centralztg.* 1902. No. 38.) Außer dem Jodoformogen, welches infolge des Freiwerdens von Jodoform wirkt und daher als eigentliches Ersatzmittel kaum zu bezeichnen ist, haben alle Mittel, welche das Jodoform ersetzen sollten, nicht das gehalten, was man sich von ihnen versprochen hat. Verfasser empfiehlt ein von ihm seit mehreren Jahren angewendetes Präparat, das Jodyloform. Dies ist von KOHLMEYER hergestellt und enthält 10% Jod. Mit Erfolg benutzte es der Verfasser bei weichen, venerischen und syphilitischen Geschwüren. Zur Erzielung schnellerer Wirkung kann man vorher

mit heißer Luft kauterisieren. Müller benutzt hierzu mit Vorzug Unnas Mikrobrenner. Bei gleichzeitiger Balanitis tritt zuweilen eine allerdings ganz leichte Reizung ein. Vorzüglich wirkt das Mittel bei eröffneten Bubonen. *Hopf-Dresden.*

Idiosynkrasie gegen Quecksilberpräparate, von Fanelli da Loiano. (*Rif. med.* 1902. No. 67.) Verfasser beschreibt einen Fall von außerordentlicher Empfindlichkeit gegenüber Quecksilber bei einem 28jährigen Manne, dem er wegen einer komplizierten Beinfraktur 1 ‰ige Sublimatüberschläge verordnet hatte. Gleich am folgenden Tage stellte sich bei dem Patienten eine äußerst heftige Schwellung mit erysipelartiger Rötung und Bildung von Blasen über der ganzen Körperoberfläche ein. Die Schleimhäute waren ebenfalls an dem entzündlichen Prozesse stark beteiligt: Conjunctiva, die ganze Mundhöhle bis hinten in den Rachen, Urethralmündung. Der Prozeß war mit heftigem Brennen und Jucken und mit kolossaler seropurulenter Sekretion verbunden. Erst nach 14 Tagen begann die Sekretion nachzulassen und machte einer hochgradigen Desquamation der ganzen Körperoberfläche vom Scheitel bis zu den Fußsohlen Platz. Nach 40 Tagen war der Prozeß abgelaufen und blieb noch während einer gewissen Zeit eine Rötung der Tegumente übrig. Als prädisponierende Momente für diese Idiosynkrasie gegen Quecksilber werden in dem speziellen Falle Alkoholismus und Neuropathie des Patienten und dessen Eltern angegeben.
C. Müller-Genf.

Über „Mercuro-Crême", von Havas. (*Orvosi-Hetilap.* 1902. No. 6.) Verfasser machte Versuche mit diesem Quecksilberpräparate, welches aus in Glycerin gelöstem neutralem, stearinsaurem Kalium und 33⅓ % Quecksilber besteht. Die Masse dieses Crêmes ist im Wasser löslich und enthält nicht ein Körnchen von Fett. Kann längere Zeit aufbewahrt werden, ohne zu verderben oder ranzig zu werden, wird nur insofern modifiziert, daß die Masse mit der Zeit infolge des Wasserverlustes etwas härter wird, verliert aber die Einreibungsfähigkeit nicht. Dieselbe ist in die Haut sehr leicht einzureiben, ruft kein unangenehmes Gefühl auf derselben hervor, dieselbe wird sogar weicher und frischer, färbt kaum oder nur sehr wenig und ist vollkommen geruchlos. Es genügen 3—5 Minuten, um den Crême in die Haut vollkommen eingerieben zu haben, und die auf die Haut aufgetragene und eingetrocknete Masse ist sehr leicht, selbst ohne Seife, abzuwaschen. Die Dosis besteht ebenfalls von 3 Gramm pro die. Es wurden im ganzen 103 Fälle mit sekundären Ausschlägen behandelt und konnte konstatiert werden, daß das makulöse Syphilid nach der 5. bis 6., das papulöse nach der 10. bis 12., und die auf den Genitalien stark gewucherten Kondylomata beiläufig nach der 20. Inunktion, ohne lokale Behandlung, vollkommen verschwanden. Die quantitativen Bestimmungen bezüglich der Resorptionsfähigkeit wurden bei 5 Fällen gemacht und entsprechen den von Winternitz gemachten Befunden. Das Präparat ist nicht teurer als das Unguent. hydr. ciner. *A. Alpár-Alexandria.*

Über Unguentum hydrargyri colloidalis (Merkurkolloid), seine Anwendungsweise und Wirkung, von Georg Scholem-Berlin. (*Inaug.-Dissert.* 1901.) Das Präparat wird auf folgende Weise hergestellt: Eine stark verdünnte Merkuronitratlösung wird in gleichfalls verdünnte Lösung von salpetersaurem Zinnoxydul unter Umrühren hineingegossen, wobei man eine dunkelbraune Lösung des kolloidalen Quecksilbers erhält. Diese wird nun mit einer konzentrierten Lösung von Ammoniumcitrat behandelt, die überschüssige Säure mit Ammoniak neutralisiert und das Hydrargyrum colloidale als feiner schwarzer Schlamm zur Abscheidung gebracht, gesammelt und getrocknet. Es ist in Wasser leicht, in Äther und Alkohol nicht löslich. Man benutzt es in Pulverform statt Kalomel, in 1—2 %iger Lösung zum Pinseln syphilitischer Papeln, in Pillenform 3 mal täglich 1—2 Pillen nach dem Essen (Hydrargyr. coll. 0,3—1,0, Argill. alb. Glycerin ää q. s. ut f. pill. No. XXX), am besten

aber als Salbe zur Schmierkur in folgender Form: Hydrargyr. colloid. 10,0, Aq. dest. 10,0, Adip. suill. 80,0, lactae alb. 20,0, Aetheris sulfuric. 1,5, Aetheris benzoati 3,5. Die Patienten vertragen die Kur gut, und sind die Erfolge, wie die beigegebenen Krankenberichte zeigen, durchaus befriedigend. Auch bei Epididymitis, Lymphangitis, Lymphadenitis bewährte sich die Salbe vorzüglich. Jedenfalls ist das Merkurkolloid ein zuverlässiges Antisyphilitikum, dessen besondere Vorzüge in der schnellen Resorptionsfähigkeit, Reizlosigkeit auf die Haut, seiner langsamen aber nachhaltigen Wirkung und in seiner relativen Ungiftigkeit bestehen. (Preis? D. Ref.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Über die Quecksilberinjektionen, von Jullien-Paris. (*Policlinique.* 1902. No. 13.) Jullien ist seit langem einer der unermüdlichsten und begeistertsten Vorkämpfer für die Injektionstherapie bei Syphilis. In der vorliegenden Arbeit, in der er diese Methode abermals kurz zusammenfassend bespricht, will er Neues zu dem Gegenstande nicht beibringen, er will nur neue Freunde für seine Sache gewinnen, namentlich für die schon mehrfach von ihm empfohlene „Frühbehandlung“ der Syphilis. Die frühzeitige und intensive Behandlung des Schankers mit Kalomelinjektionen ist seinen Erfahrungen zufolge eine wirkliche Abortivkur, durch welche die Syphilis in einer grofsen Anzahl von Fällen „im Keim erstickt wird“; in den ungünstigsten Fällen wird immer noch der sonst unabänderliche Cyklus von Erscheinungen durchbrochen, das Auftreten der einzelnen Krankheitsperioden hinausgeschoben, die Symptome wesentlich gemildert. — Abscedierung kommt nach Kalomelinjektionen ohne äufsere Veranlassung kaum mehr vor. Äufsere Momente, welche die Bildung eines Abscesses an der Injektionsstelle bewirken können, sind Traumen, der Gebrauch von Mineralwässern (Schwefelwässern), die Einverleibung von Jodkalium, das mit Kalomel wahrscheinlich das stark reizende Hydrargyrum bijodatum bildet, endlich eine allgemeine septische Infektion; dagegen bildet das Vorhandensein lokaler Eiterherde in der Nähe der Injektionsstellen für diese keine Gefahr. Mit der zu injizierenden Kalomeldosis richtet sich J. nach dem Körpergewicht der Patienten; er spritzt gewöhnlich bei 50 Kilo schweren Kranken 0,05, bei 80 Kilo schweren 0,08—0,1 Kalomel ein. Aufser zur Abortivbehandlung verwendet J. die Kalomelinjektionen nur, wenn eine sehr schnell eintretende und intensive Wirkung nötig ist, namentlich wenn es gilt, ein bedrohtes Organ zu retten. Wenn die unmittelbare Gefahr beseitigt ist und überall da, wo eine milde Wirkung genügt, injiziert er Hydrargyrum salicylicum oder Oleum cinereum oder lösliche Quecksilbersalze. *Götz-München.*

Die durchschnittliche wirksame Tagesdosis bei Einspritzungen einiger löslicher Quecksilbersalze, von Barthélemy, Lafay und Lévy-Bing. (*Presse méd.* 1902. No. 70.) Die Abhandlung hat den Zweck, nachzuweisen, dafs Jaulins sogenannte massive Dosen von Merkurbijodur und Chéronschem Serum, welche er wöchentlich gibt, nur etwas höher sind als jene, welche die Verfasser unter Umständen täglich dem Körper einverleiben, ohne dafs Intoxikationen erfolgen. *Hopf-Dresden.*

Über die endovenösen Sublimatinjektionen, von A. Serafini-Padua. (*Rif. med.* 1902. Bd. 2. No. 4.) Durch eine Reihe von Versuchen an Kaninchen stellte Verfasser fest, dafs das Sublimat, wenn es in der gröfsten nicht letalen Dosis zugleich mit den Keimen des hämatischen Milzbrandes oder der Hühnercholera intravenös eingespritzt wird, ebensowenig wie bei dieser Dosis in vitro, die Mikroorganismen zu vernichten oder auch nur zu hemmen vermag. Daher sind auch die Erfolge der Baccellischen Sublimatinjektionen bei Klauenseuche, abgesehen von ihrer Spärlichkeit und wissenschaftlichen Unzuverlässigkeit, sicher nicht auf eine mikrobicide Wirkung des Sublimates zurückzuführen.

Die endovenösen Sublimatinjektionen (Methode Baccelli) beim experimentellen Milzbrand, von Pietro Spissu-Cagliari. (*Rif. med.* 1902. Bd. 2. No. 9.) Ebenso ungünstig wie Serafini (s. vorstehendes Referat) beurteilt Spissu auf Grund ähnlicher Versuche die therapeutische Wirksamkeit der Sublimatinjektionen bei Milzbrand. *M. Levor-Hamburg.*

Über die toxikologischen Eigenschaften des Lysoform, von Franz Nagelschmidt-Berlin. (*Therapeut. Monatsh.* 1902. No. 9.) N. hat eingehende Versuche mit Injektionen von Lysoform als auch mit dessen Hauptbestandteilen: Kaliseife, Formaldehyd, angestellt. Die Quantitäten von Formalin, die in reinem Zustande bei subcutaner Applikation sicher den unmittelbaren Tod herbeiführen, nämlich 0,8 g pro kg Kaninchen, werden in Form von Lysoform, also an Seife gebunden, anstandslos vertragen, denn die kleinste letale Dosis von Lysoform ist erst 5,15 g pro kg Körpergewicht, während bei interner Verabreichung sogar 6,9 g auf 1 kg vertragen wurden. Auch qualitativ besteht ein wichtiger Unterschied zwischen der Formaldehyd- und Lysoformvergiftung. Während bei ersterer klonische Krämpfe und häufig ausgesprochener Opisthotonus beobachtet wurden, fehlten bei letzterer Krämpfe fast vollständig. Nur sehr selten traten leichte Zuckungen der Extremitäten auf, Opisthotonus war niemals vorhanden, hingegen machte sich stets eine deutliche Lähmung, die von den Hinterextremitäten ihren Ausgang nahm, geltend. Da ferner Formaldehyd auf die äufsere Haut eiweifsfällend, gerbend, also reizend einwirkt, während Lysoform, aufser im Falle von Idiosynkrasien, keinerlei Veränderungen hervorruft, so ist es unzweifelhaft, dafs durch die Bindung an das Seifenmolekül das Formaldehyd seine Reizwirkung vollständig oder wenigstens zum gröfsten Teil verliert. Jedenfalls ist das Lysoform von den gebräuchlichen Desinfizientien das relativ ungiftigste.

Bernhard Schulze-Kiel.

Das Natron bicarbonicum bei den Eiterungen, von Betances. (*Revista med. de Santo Domingo.* 1902. No. 2.) Verfasser empfiehlt aufs wärmste die Anwendung des Natron bicarbonicum bei eiternden Prozessen in Form von 2—4 %igen Lösungen zu Irrigationen. Die entzündlichen Erscheinungen und die Eitersekretion werden rasch beseitigt und die Vernarbung entsprechend schnell herbeigeführt. Nach dieser Methode behandelte er mit dem besten Erfolge einen Pyothorax nach Stichwunde, welcher allen anderen Behandlungsweisen getrotzt hatte. *C. Müller-Genf.*

Zur Frage der schädlichen Nebenwirkungen des Orthoform, von Schalenkamp-Crombach. (*Reichs-Med.-Anzeiger.* 1902. No. 16.) Der Verfasser sah bei einer 48jährigen Frau mit Unterschenkelgeschwüren nach Aufpuderung von Orthoform eine circumskripte Hautgangrän entstehen. Wenn eine solche an und für sich auch keine schlimme Bedeutung hat, so beweisen derartige Beobachtungen doch, dafs das Orthoform aus der Reihe der innerlich zu verabreichenden Mittel zu streichen ist, obwohl nach den Mitteilungen Hombergers selbst Dosen von 10 g noch nicht allgemein toxisch wirken. Dubreuilh hat zwei Fälle von Hautgangrän nach äufserlichem Orthoformgebrauch mitgeteilt; dieselben betrafen nicht den in seiner Ernährung schlecht gestellten varikösen Unterschenkel, sondern andere, gut ernährte Körperstellen.

Götz-München.

Über Pyrogalloltriacetatbehandlung nichtparasitärer Hautaffektionen, von Walther Nic. Clemm-Darmstadt. (*Therap. Monatsh.* 1902. Heft 9.) Das Lenigallol, wie obiges Präparat von Kromayer genannt wird, hat neben seiner keratolytischen Eigenschaft noch einen besonderen Wert bei Behandlung chronischer Ekzeme auf rhachitischer oder skrofulöser Basis. Verfasser bediente sich in mehreren Fällen einer 20 %igen Lenigallolpaste mit grofsem und dauerndem Erfolge.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beitrag zur Xeroformtherapie, von CARL PFEIFFENBERGER. (*Wien. med. Presse.* 1902. No. 10.) Das Xeroform vereint alle Vorteile des Jodoform, ohne dessen Nachteile zu besitzen. Gute Erfolge erzielte Verfasser auch bei Ekzemen, akuten wie chronischen, und Verbrennungen. Bei letzteren wurde zuerst Xeroform aufgestreut und mit essigsaurer Tonerde verbunden. Später folgte auf die Bestreuung ein Borsalbenverband. — Das Xeroform wirkt sekretionsvermindernd, desodorierend, schmerzlindernd. (Das ist alles richtig, aber es wirkt nicht granulationsbefördernd und nicht antituberkulös, deshalb ist es übertrieben, wenn Verfasser in dem ersten Satz das Xeroform sogar über das Jodoform stellt. Beide Mittel sind überhaupt nicht mit einander zu vergleichen, weil ihr Indikationskreis ein verschiedener ist; Wunden etc., die des Jodoforms bedürfen, nützt kein Xeroform und umgekehrt. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Angioneurosen.

Bericht über 18 Fälle von verschiedenen Exanthemen bei Malariainfektion, von MARTIN F. ENGMAN. (*Med. Bull. Washington Univ.* Jan. 1902.) Seit drei Jahren pflegt Verfasser das Blut aller Patienten mit akuten vasomotorischen oder neurotischen Hautstörungen auf Malariaparasiten zu untersuchen. Seine Erfahrungen führen ihn zu dem Schlusse, daſs gewisse Affektionen, wie Pruritus, Urticaria, Oedema angioneuroticum, Erythema multiforme, Pompholyx, Zoster, ekzematoide Eruptionen und Gangrän, höchst wahrscheinlich durch Malariagift hervorgerufen werden können. In solchen Fällen ist gewöhnlich eine Periodizität in der Stärke der Symptome zu bemerken. Andere Symptome der Malaria können dabei fehlen. Schwere Fälle werden zuweilen durch Nephritis kompliziert, die dann leicht als Ursache der Hautstörungen angesehen wird. Derartige Ausschläge, die mit Malaria in Verbindung stehen, heilen schnell unter spezifischer Behandlung. *M. Levor-Hamburg.*

Über Chininausschläge, von HORATIO C. WOOD-Philadelphia. (*St. Louis med. Journ.* Mai 1902.) Unter Anführung eines selbstbeobachteten Falles von Chininausschlag, welcher eine 35jährige Frau, die eine tonische Medizin, aus Tinctura nuc. vomicae und Tinctura chinae compos. zusammengesetzt, genommen hatte, betraf und in Form roter Flecken besonders an den Armen auftrat, gibt Verfasser eine kurze Übersicht nebst Zusammenstellung aller bisher beobachteten Chininausschläge. Im vorliegenden Falle hatte Patientin nicht mehr als 0,03 g Chinin genommen, wie überhaupt die Hauteruption sowohl auf ganz geringe Dosen, wie bei Akkumulation langdauernder Einnahme auftreten kann. Bei den Arbeitern, welche mit der Herstellung des Chinins beschäftigt sind, trägt der oft vorhandene Ausschlag mehr den Charakter des Ekzems wie des Erythema. Im allgemeinen können die Chinineruptionen folgendermaſsen eingeteilt werden: in scarlatin-, in urticariaähnliche, in blasenförmige, purpura-, masern- und erythemaartige. Von den 60 Fällen, welche W. gesammelt hat, waren 18 von letztgenannter Beschaffenheit, 12 scharlachartig, 9 gleich einer Urticaria u. s. f. Eine Prädisposition für irgend einen Körperteil scheint nicht bestanden zu haben, einige Male war der Ausschlag auf Gesicht oder Extremitäten beschränkt, sehr oft aber gleichmäſsig über den ganzen Körper verbreitet. Jedes Lebensalter von 7 bis zu 65 war inbegriffen, ebenso beide Geschlechter beinahe gleichmäſsig. Die wichtigste prädisponierende Ursache ist zweifellos eine gewisse Idiosynkrasie gegen das Mittel, da es schon in so kleinen Dosen ausgesprochene Reizzustände hervorrufen kann. *Stern-München.*

Histologische Beobachtungen über einen Fall von Bromakne, von SECCHI. (Cagliari. 1902.) Es handelt sich um eine epileptische Frau, welche bereits vor der

Brombehandlung seborrhoisch war und eine Akneeruption hatte. Wegen der Häufigkeit der Anfälle mufsten ihr hohe Dosen von Bromkalium verabreicht werden, so dafs sich im Gesichte ein permanenter kongestiver Zustand ausbildete. Infolgedessen kam es zu einer Veränderung und Dilatation der Gefäfswandungen in den Papillen, in der Umgebung der Follikel, sowie im ganzen Derma, wo es zur Ausbildung eines entzündlichen Zustandes kam; dieser letztere zeigte rein irritativen und neoplastischen Charakter. Dadurch wurde in der ganzen Epidermis eine von Hyperkeratose mit Dilatation des oberen Follikelabschnittes begleitete Hypertrophie verursacht, im Derma dagegen zum Teil eine diffuse Infiltration, zum Teil eine noduläre mit sehr aktiver Beteiligung des Bindegewebes und Bildung von Riesenzellen. Es entstand ein aus den verschiedensten Elementen bestehendes Granulom; kleine Lymphocyten, gekörnte, epitheloide, Plasmazellen, basophile und acidophile Riesenzellen. Keine Degenerationserscheinungen aufser Chorioplaxe. Dieses Granulom hat zur Atrophie und zum vollständigen Verschwinden der Talgdrüsen geführt. Der ganze Prozefs kann somit beschrieben werden als eine hyperplastische und granulomatöse Perifollikulitis und Dermitis, bei welcher, als Komplikation, Eiterung auftreten kann, welche jedoch den progressiven Charakter des Prozesses nicht beeinflufst. *C. Müller-Genf.*

Über einen variolaähnlichen toxischen Ausschlag infolge von Austernvergiftung, von Ch. Fraiser. (*Brit. med. Journ.* 6. Sept. 1902.) Ein 33jähriger Matrose wurde in schwerem Zustande ins Hospital gebracht. Am 13. Juli hatte er Austern zum Abendbrot gegessen, am 14. klagte er über grofse Mattigkeit und Diarrhoe; am 15. mufste er sich zu Bett legen. Am folgenden Tage brach im Gesicht, später an Brust, Abdomen und Extremitäten ein papulöser Ausschlag aus, der im weiteren Verlaufe lebhaft an Variolaefflorescenzen erinnerte und vom Arzt auch für Variola gehalten wurde. Am 19. Juli war der Ausschlag vollständig verschwunden, die Temperatur wieder normal. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Therapie des flüchtigen Erythems der Nase, von Franz Bruck-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 53.) Als ein Mittel, das in einfachster und schnellster Weise ein plötzlich entstandenes Erythem sofort beseitigt oder doch wesentlich verringert, empfiehlt Verfasser das Benzin. Es entzieht der Haut Wärme und läfst sie dadurch blasser erscheinen, nimmt ihr auch den an der Nase oft so entstellenden Glanz. Auch leichtere Grade stabiler Nasenröte werden vorübergehend günstig beeinflufst. Am besten, weil völlig geruchlos, ist das Benzinum Petrolei; die Anwendung geschieht durch rasches Auflegen einer mit der Flüssigkeit befeuchteten mehrfachen Mulllage. Die Kompresse braucht nur angedrückt zu werden, einige Sekunden genügen. *A. Loewald-Graudenz.*

Ein unaufgeklärter Zustand von chronischer Cyanose, von Saundby und J. W. Russel-Birmingham. (*Lancet.* 22. Febr. 1902.) Das Material zu dieser Arbeit lieferten eine eigene Beobachtung und drei im *Boston Medical and Surgical Journal* veröffentlichte Fälle. Die wesentlichen Erscheinungen waren aufser der anhaltenden, intensiven Cyanose namentlich eine ganz ungewöhnliche Vermehrung der roten Blutkörperchen sogar bis zu einer Verdoppelung der normalen Anzahl und noch mehr. Dabei war der Hämoglobingehalt ebenfalls gesteigert, aber nicht im Verhältnis zu den vorhandenen roten Blutkörperchen, und die Leukocyten zeigten höchstens eine geringe Zunahme. Weitere Symptome waren: grofse Schwäche und Hinfälligkeit bei drei der Patienten, Dyspnoë, Herzklopfen und Beängstigungen, Kopfschmerzen, Obstipation, Injektion der Konjunktiven, Vergröfserung von Leber und Milz und (bei allen vier) eine geringe Albuminurie mit hyalinen Cylindern. Alle vier Patienten hatten das 45. Jahr überschritten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Ätiologie der Pellagra, von M. Di Pietro. (*Annali d'Igiene sperimentale.* Heft II. 1902.) Die zahlreichen Versuche, welche Verfasser mit dem Penicillum glaucum angestellt hat, scheinen zu beweisen, daſs dieser Pilz wirklich der Erreger der Pellagra ist. Zu seinen Experimenten hat er sich sowohl der Sporen des Pilzes, als der künstlich extrahierten toxischen Substanz desselben bedient, welche letztere er zum Teil per os, zum Teil subcutan verabreicht hat. Ferner hat er gefunden, daſs die Toxizität des Penicillum glaucum dem Hyphomycet selbst innewohnt und nicht etwa dem Substrate, auf welchem sich dasselbe entwickelt. Die Erscheinungen, die er mit der genannten Substanz hervorgerufen hat, beziehen sich meist auf das Nervensystem und bestehen in Störungen der Motilität — Zittern, das sich bis zu heftigen klonischen Krämpfen steigern kann, leichter Grad von Ataxie der oberen Extremitäten, Verstärkung der Reflexe und des Muskeltonus —; ferner: Vermehrung der Speichel- und Harnsekretion, Kopfschmerzen, Schwindel, Störungen im Intestinaltraktus, Brennen und Jucken am ganzen Körper etc. Andererseits konnte er mit Injektionen von Blutserum von einer Patientin, die eben von einer pellagrösen Infektion geheilt war, Tiere gegenüber einer künstlichen Intoxikation mit Penicillumextrakt immunisieren, was ein weiterer Beweis für die Spezifizität desselben bedeutet. *C. Müller-Genf.*

Veränderungen in den Nebennieren bei der Pellagra, von Finotti und Tedeschi. (*Riforma med.* 1902. Bd. II. No. 20 u. 21.) Verfasser hat bei an Pellagra Verstorbenen mit einer gewissen Konstanz in den Nebennieren eine Reihe von Veränderungen — kleinzellige Infiltration, Proliferation des Bindegewebes auf Kosten der zelligen Elemente und zuweilen Nekrose dieser letzteren — konstatiert, aus denen er schlieſst, daſs ein Teil der Erscheinungen, welche dem pellagrösen Gifte zugeschrieben werden, der Insufficienz der Nebennieren zuzuschreiben sind, die allerdings durch das Virus der Pellagra verursacht wird. *C. Müller-Genf.*

Das Ödem bei Anämie, von Th. Houston. (*Brit. med. Journ.* 14. Juni 1902.) Der Verfasser zieht aus seinen Betrachtungen folgende Schlüsse:

1. Das Fehlen des Gewichtsverlustes bei anämischen Zuständen, und die Tatsache, daſs die Patienten selten abgemagert aussehen, ist hauptsächlich auf eine abnorme Ansammlung von Flüssigkeit im Blute und in den Geweben zurückzuführen.

2. Das Ödem der anämischen Zustände scheint von einer hydrämischen Plethora des Blutes herzurühren und ist in seinem Ursprunge und Wesen vom Öden bei der Brightschen Krankheit zu unterscheiden.

3. Für eine Beurteilung der Besserung oder Verschlechterung des Zustandes kommt nur der Hämoglobingehalt des Blutes in Betracht, nicht aber das Körpergewicht.

4. Hämorrhagien, Ödem, Diarrhoe und profuse Schweiſsausbrüche sind oft die natürlichen Ableiter der starken Blutverdünnung.

5. Bei der Behandlung solcher anämischer Zustände hat man auf die Befreiung des Blutes und der Gewebe von dem Übermaſs an Flüssigkeit und auf eine Steigerung des Hämoglobingehalts hinzuarbeiten. *C. Berliner-Aachen.*

Partielle postoperative Ödeme, von J. Godart. (*La Policlinique.* 1902. No. 17.) Der Verfasser hat bei einer Patientin 9 Tage nach einer vaginalen Collumamputation und in einem anderen Falle 10 Tage nach einer abdominalen Hysterektomie ein Ödem des rechten Unterschenkels auftreten sehen. Die Schwellung bestand je 5 Tage und war in ihrem Beginne beide Male von leichter, rasch vorübergehender Temperatursteigerung begleitet. In beiden Fällen hat von der Vagina aus eine leichte Infektion stattgefunden, möglicherweise fand hier die Resorption von Toxinen statt, welche die Ödeme verursachten. *Götz-München.*

Persistierendes hereditäres Ödem der unteren Extremitäten, von H. D. Rolleston-London. (*Lancet.* 20. Sept. 1902.) Es handelte sich um eine Mutter nebst Tochter und Sohn. Erstere, 45 Jahre alt, hatte angeblich seit 35 Jahren bereits an der Affektion gelitten; die Tochter, 16jährig, war zuerst mit 13 Jahren erkrankt, und der Sohn, 13jährig, hatte in seinem 10. Lebensjahr zuerst die Erscheinung dargeboten. Das Odem war ausschliefslich auf die unteren Extremitäten beschränkt, steigerte sich allmählich, wenn die Patienten auf waren, und ging ziemlich erheblich zurück bei Bettruhe. Dabei zeigte die Haut trotz des langen Bestehens der Affektion keine strukturellen Änderungen, namentlich keine elephantiastische Verdickung. Die Ätiologie erscheint durchaus unklar; alle sonstigen Momente, welche zur Entwickelung von Ödem führen, wurden bei diesen Patienten vergeblich gesucht.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Dermographismus bei Epileptikern mit Eingeweidewürmern, von Lannois. (*Rif. med.* 1902. Heft III. No. 13 und *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.* 1902. Heft III.) Aus den zwei von dem Verfasser beschriebenen Fällen von Epilepsia vulgaris scheint hervorzugehen, dafs das Vorhandensein von Eingeweidewürmern den Ausbruch der Krämpfe oder das Auftreten des Dermographismus begünstigt.

C. Müller-Genf.

Urticaria acuta, von F. S. Palmer-London. (*Brit. med. Journ.* 12. April 1902.) Verfasser hat zwei Kinder beobachtet, bei denen der Genufs von Rhabarberkompott eine Urticaria von etwa dreitägiger Dauer mit Fiebersteigerung und starkem Juckreiz hervorgerufen zu haben scheint.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Seltene Lokalisationen der Raynaudschen Krankheit, von Decloux, Aibadeau-Dumas und Sabaréanu. (*Presse méd.* 1902. No. 66.) Lokalisationen von Raynaudscher Krankheit im Gesicht sind sehr selten. Die Verfasser beobachteten nun kürzlich zwei Fälle, einen Mann und eine Frau in mittleren Jahren, welche beide einander ähnliche Krankheitsbilder im Gesicht darboten. Der erstere ist ein Dekorationsmaler, der früher an Bleikolik gelitten hat. Seit zehn Jahren leidet er an erfrorenen Ohren und zwar in Attacken. Neuerdings erkrankte der Patient auch an lebhaftem Brennen der Nasenspitze. Innerhalb zweier Tage bildeten sich daselbst grofse violette Plaques, Schorfe, die scharf abgegrenzt sind. Dasselbe Bild an den Ohrmuscheln. Das Herz arbeitet scheinbar gut, im Harn finden sich Spuren von Eiweifs und Urobilin. Die Sensibilität dar Gesichtshaut ist etwas herabgesetzt. Einige Tage darauf zeigten sich unter lebhaftem Jucken eine Anzahl Papeln, die umschriebenen gangränösen Hautpartien entsprachen. Nach Abfall der Schorfe zeigte die Haut eine sklerodermieähnliche Beschaffenheit. Der zweite Fall zeigte ganz ähnliche Bilder.

Hopf-Dresden.

In der Sitzung der Gesellschaft praktischer Ärzte zu Libau vom 3. Mai 1901 demonstriert Jagdhold ein 5 Monate altes Kind mit **Gangränerscheinungen an den Endphalangen aller Extremitäten.** Vor einem Monat hatte das Leiden mit Cyanose der Endglieder begonnen, dann kam es stellenweise zur Bläschenbildung, zu Schwarzfärbung und Abfallen der Nägel und Fingerkuppen. An den Zehen nur intensiv dunkle Blaufärbung. Jagdhold stellt die Diagnose Raynaudsche Krankheit. — In der lebhaften Diskussion wird der Fall von verschiedener Seite als Lues angesprochen, diese Diagnose aber mit Rücksicht auf das Fehlen aller sonstigen Erscheinungen und den vortrefflichen Ernährungszustand des Kindes abgelehnt. Die Frage, ob Mutterkornvergiftung und Karbolgangrän mit Sicherheit auszuschliefsen sind, bedarf weiterer anamnestischer Erhebungen. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1902. No. 29.)

A. Loewald-Graudenz.

Skorbut bei einem 5½jährigen, rhachitischen Knaben, von G. Carpenter-London. (*Lancet.* 3. Mai 1902.) Der durch unzweckmäſsige Diät bedingte Fall war, abgesehen von dem Alter des kleinen Patienten, ohne ungewöhnliches Interesse. C. ist der Meinung, daſs viele Fälle von sogenannter einfacher Hämaturie in Wirklichkeit Skorbut sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Erythema haemorrhagicum exsudativum (Henochsche Purpura), von H. S. Carter-New York. (*Amer. Journ. med. science.* Aug. 1902.) Der Fall betraf eine 29jährige, sonst ganz gesunde Frau und äuſserte sich in Form eines sehr diffusen, hellroten, kleinfleckigen Ausschlags ohne Fieber, aber mit intensiven Störungen im Intestinaltractus. Im Laufe von 3½ Wochen trat nach zweimaligem Rezidiv Genesung ein. Zeitweilig war ungewöhnlich starke Indikanurie zu konstatieren, aber niemals Hämorrhagien an den sichtbaren Schleimhäuten und keine Hyperleukocytose. Morphium war das einzige Mittel, das irgend eine Wirkung zu erzielen schien. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Peliosis rheumatica, von Charles J. Aldrich - Cleveland. (*New York med. Journ.* 12. Juli 1902.) Beschreibung eines typischen Falles der von Schönlein sogenannten Purpura haemorrhagica. Er betraf eine 24jährige Amerikanerin (Arbeiterin), welche in der Anamnese unter anderem Chorea und Epilepsie aufwies. Die Peliosis trat unter Fieber und Halsschmerzen in Form von roten Flecken am linken Fuſsgelenk und Unterschenkel auf, ersteres war geschwollen, heftige Schmerzen an Fuſs- und Kniegelenk. Auf Na salicyl. innerlich trat bedeutende Besserung ein, Patientin konnte nach 8 Tagen das Mittel wegen Übelkeit u. s. w. nicht mehr nehmen; es stellten sich nun bald heftige Schmerzen auch am rechten Knie und Fuſsgelenk ein, welche innerhalb 24 Stunden bedeutend anschwollen; gleichzeitig waren Purpuraflecken an diesen Körperstellen aufgetreten. Auf Darreichung von (0,45 g zweistündlich) Salophen — Na salicyl. konnte Patientin nicht mehr vertragen — gingen Schwellung und Röte im Verlaufe eine Woche zurück. Anführung der hauptsächlichsten Literatur über Peliosis rheumatica. *Stern-München.*

Purpura haemorrhagica bei Tuberkulose, von Ph. Bauer-Welden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 18.) Der Verfasser beobachtete bei einer hoch fiebernden Phthisica eine über den ganzen Körper ausgebreite Purpuraeruption. Die Purpuraflecken verschwanden nach einigen Wochen, während dieser Zeit stellte sich wiederholt heftiges Nasenbluten ein. Kurze Zeit darauf starb die Kranke.

Götz-München.

Der infektiöse Ursprung der Purpura haemorrhagica, von A. W. Schram und W. H. Rubovits-Chicago. (*Philad. med. Journ.* 16. Aug. 1902.) In einem letal verlaufenen Falle von Purpura haemorrhagica mit Ekchymosen von Stecknadelkopfgröſse bis zu 5 Zoll Durchmesser, mit Schleimhautblutungen, Fieber, Lymphdrüsen-, Leber- und Milzschwellung und cerebralen Lähmungserscheinungen ergab die Untersuchung des Blutes 22 % Hämoglobin, sowie 2280000 rote und 16000 weiſse Blutkörper, in einem späteren Stadium der Krankheit 12 % Hämoglobin, 1370000 rote, 4400 weiſse Blutkörper, bei überwiegender Vermehrung der mononukleären Elemente und Lymphocyten. Mikroskopisch werden in den kleinen Gefäſsen, besonders der Leber, zahleiche Thromben und Emboli nachgewiesen, zusammengesetzt aus Lymphocyten und Kokken. Diese hatten in den Gefäſsen, deren Endothel hyalinähnlich degeneriert war, kleine Rupturen der Wände und Blutaustritt verursacht. Auf Grund ihrer Befunde betrachten die Verfasser auch die primäre Purpura nicht als Krankheit per se, sondern als Manifestation der Septikämie. *M. Levor-Hamburg.*

Traumatische Entzündungen.

Beitrag zum Studium einer Nagelerkrankung bei Arbeitern, welche von Tierfellen das Fleisch entfernen, von Glibert-Brüssel. (*Bullet. Acad. méd. belg.* 1902. 28. Juni.) An der Hand einer Anzahl Beobachtungen und bakteriologischen Untersuchungen der betreffenden Fälle ist Verfasser der Ansicht, daſs es sich bei der vom Nagelfalz ausgehenden, die umgebende Haut des Nagels völlig intakt lassenden und ohne entzündliche Erscheinungen verlaufenden aber anfangs schmerzhaft und zu Nagelabhebung führenden Erkrankung um mikrobielle Einflüsse handelt. Daſs sich der Nagel schlieſslich abheben kann und so die Mikrobien auch in die hornigen Lagen des Nagels selber dringen können, beruht auf der professionellen Beschäftigung der Kranken mit den Fingerspitzen und auf der Erweichung des Nagels durch das seitens dieser Arbeiter geübte langdauernde Spülen der Häute, der Maceration durch das Wasser. *Hopf-Dresden.*

Die akneartigen Ausschläge von Arbeitern in Flachsspinnereien, von H. S. Purdon. (*Brit. med. Journ.* 13. Sept. 1902.) Jugendliche Arbeiter, zumeist nicht über 15 Jahre alt, sind damit beschäftigt, die Flachsfäden vom Gestell zu entfernen. Bei dieser Arbeit zeigen sie nach kürzerer oder längerer Zeit Neigung zu einem eigentümlichen Ausschlage an den Vorderarmen und Händen, zuweilen auch im Gesicht, wenn letzteres öfters mit den vom Flachswasser feuchten Händen berührt wird. Bei Gebrauch von russischem Flachs wird der Ausschlag häufiger beobachtet. Er beginnt mit kleinen roten, zumeist auf die Follikel beschränkten Papeln, die im weiteren Verlaufe an Umfang etwas zunehmen und im Zentrum pustulös werden. Der Ausbruch ist bei einigen Arbeitern vom leichtem Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen, Durst begleitet gewesen. Leloir hat im Jahre 1889 im *Brit. Journ. of Dermatology* eine ähnliche Affektion bei belgischen Flachsspinnern beschrieben. Es handelte sich um eine Folliculitis, deren Sitz die Talgdrüsenfollikel sind. Irritation der Follikel mit Mineralöl ist die Ursache der Krankheit. *C. Berliner-Aachen.*

Verschiedenes.

Die Beseitigung von Deformitäten der Nase durch subcutane Injektionen von Paraffin, von W. Downie. (*Brit. med. Journ.* 8. Nov. 1902.) Die Unebenheiten der Nase, beispielsweise einer Sattelnase, hat Verfasser in sechs Fällen, wie aus den beigefügten Abbildungen hervorgeht, durch Injektionen von Paraffin in mustergültiger Weise ausgeglichen. Das Paraffin muſs einen Schmelzpunkt zwischen 104—108° Fahrenheit haben. Die Schwierigkeit der Operation besteht in der Neigung des Paraffins rasch zu erkalten und fest zu werden, noch ehe die Injektion zu Ende geführt ist. Um diesem Übelstande zu begegnen, wird die Injektionsnadel mit einem feinen Platindraht umwickelt, der auf elektrischem Wege erhitzt werden kann. Die Injektionsspritze enthält etwa 10 ccm. Bei der Operation, wie vor derselben ist selbstverständlich die strengste Antisepsis zu beobachten. Man hat durch Abgrenzung der benachbarten Teile der Nase darauf zu sehen, daſs vom Paraffin nichts ins umliegende Gewebe übergeht, weil dadurch der erstrebte kosmetische Effekt verloren geht. Wie lange das Paraffin, ohne absorbiert zu werden, liegen bleibt, vermag Verfasser noch nicht zu sagen. *C. Berliner-Aachen.*

Allgemeine Auffassung der Dermatosen, von L. Brocq-Paris. (*Presse méd.* 1902. No. 2.) Um in rationeller Weise und vollständig eine Dermatose zu studieren, schlägt Brocq folgenden Weg vor: Zuerst analysiere man sorgsam die Grundläsionen und das Terrain und man erhält so neun Klassen von Hautkrankheiten. I. Die reinen cutanen Reaktionen (Urticaria, Erythem, wahres Ekzem, wahrer Lichen, Prurigo, Psoriasis, polymorphe schmerzhafte Hautentzündungen). II. Mikrobielle Hautleiden mit simplen Keimen (Furunkel, Akne, Impetigo, Ecthyma u. a.). III. Mikrobielle Hautleiden mit hochspezifischen Keimen (Lepra, Tuberkulose). IV. Hautleiden auf Grund vegetabilischer, V. auf Grund tierischer Parasiten. VI/VII. Artefizielle Eruptionen aus äußeren und inneren Ursachen. VIII. Eruptionen durch trophische Störungen. IX. Difformitäten des Hautsystems. *Hopf-Dresden.*

Über die Verantwortlichkeit bei der Übertragung der venerischen Krankheiten, von Bonnevie-Brüssel. (*Ann. de la Policlin. centr.* 1902.) Der Verfasser, ein Brüsseler Rechtsanwalt, vertritt in seiner interessanten kleinen Abhandlung den Standpunkt, daß die Übertragung einer venerischen Krankheit ein Vergehen im Sinne des Gesetzes ist, und daß mit Ausnahme der Prostituierten jeder Mensch, der, sei es durch ehelichen oder außerehelichen Beischlaf, eine venerische Krankheit auf einen gesunden Menschen überträgt, civil- und strafrechtlich belangt werden kann; nur die Prostituierten können weder civil- noch strafrechtlich haftbar gemacht werden. *Götz-München.*

Dr. Unnas Kursus in allen Zweigen der Dermatologie findet statt vom 12. März bis 1. April 1903 in Hamburg. Dauer drei Wochen. Wöchentlich 44 Stunden.

Nähere Auskunft durch Dr. Dreuw, Heussweg 13.

Bargum: Normale Histologie der Haut.
Delbanco: Patholog.-histol. Demonstrationen.
Dreuw: Photographie; stereoskopische und Mikrophotographie.
Herz: Bakteriologie.
Leistikow: Spezielle Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.
Lewi: Dermato-pharmaceut. Präparate.
Pappenheim: Theorie der Färbung.
Plaut: Dermatomykosen.
Ullmann: Färbetechnik.
Unna: Poliklinische Demonstrationen.
Allgemeine Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.
Wulff: Urologie.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 36. № 6. 15. März 1903.

Adipositas dolorosa und schmerzende symmetrische Lipome.

Von

Dr. P. THIMM-Leipzig.

Abgesehen von der universellen Adipositas findet man im subcutanen Gewebe zweierlei lokale, gleichfalls mit Volumzunahme einhergebende Krankheitsprozesse des Fettgewebes etabliert: die diffusen und die circumskripten Lipome.

Die diffusen Lipome werden am häufigsten am Halse beobachtet. Dieser „Fetthals" ist zuerst von BENJAMIN BRODIE (4), später ausführlich von MADELUNG (11) beschrieben. Das Leiden ist ziemlich selten, da MADELUNG in seiner Kasuistik nur 30 Fälle anzuführen vermag. Es besteht in einer Einlagerung diffuser Fettmassen in das subcutane Gewebe, welche mit der Haut fest verwachsen sind und oft tief in die Interstitien der darunter liegenden Organe und Muskeln eindringen. Eine Abgrenzung von der Nachbarschaft durch eine Kapsel, einen Balg fehlt vollständig. Das Leiden steht in keiner Weise mit allgemeiner Obesitas in Zusammenhang; im Gegenteil findet man vielfach schlecht genährte Individuen befallen.

Vor kurzem hat nun zum ersten Mal ausführlicher in Deutschland STRÜBING (12) auf eine besondere Art diffuser Lipome an der Hand einer ganzen Anzahl eigener Fälle und zahlreicher Beobachtungen in anderen Ländern aufmerksam gemacht: auf die Adiposis dolorosa, eine Erkrankung, welche unter diesem Namen zuerst von DERCUM (6), später von W. HALE WHITE (14) genauer beschrieben worden ist. Mit Recht hebt STRÜBING die auffallende Tatsache hervor, daſs eine wohl charakterisierte Hautaffektion in einigen Ländern gänzlich unbeachtet bleiben konnte, während anderwärts eine nicht unbedeutende Literatur über das Leiden vorliegt; so in Frankreich, wo es von CHARCOT (citiert nach STRÜBING, pag. 182) unter dem Namen Oedème hystérique und Oedème bleu bekannt gegeben ist. Die erste Beschreibung der Krankheit stammt von SYDENHAM (13) unter der Bezeichnung Oedème blanc.

Das Krankheitsbild der Adipositas dolorosa besteht, kurz referiert, in einer starken, sich wie festes Speck anfühlenden Fettablagerung der Haut und des subcutanen Gewebes, welche bisweilen aufserordentlich schmerzhaft ist und deshalb oft mit Rheumatismus verwechselt wird. Bei Infiltrationen geringeren Grades äufsern sich die Schmerzen nur auf Druck oder Zug, bei stärkerer auch spontan; überhaupt besteht meist eine wechselnde Intensität der Schmerzen, welche nach STRÜBING im direkten Verhältnis zur Intensität des Krankheitsprozesses steht, d. h. zur Spannung der Haut. Und diese unterliegt gerade hier einem häufigen Wechsel. Selten ist der ganze Körper von dem Leiden ergriffen, meist nur die Extremitäten, besonders die unteren, und zwar für gewöhnlich symmetrische Körperteile. Fast stets soll allgemeine Obesitas ausgesprochen sein. Das Leiden kommt am häufigsten bei älteren Frauen im Klimakterium vor, indessen ist es auch bei jüngeren und einige Male auch bei Männern beobachtet worden. In der Mehrzahl der Fälle bestanden gleichzeitig Hysterie oder Neuralgien, Kopfschmerzen, häufig Anämien, einige Male auch Erkrankungen der Schilddrüse. Einige Kranke sollen Potatoren, andere Luetiker gewesen sein. POTAIN und STRÜBING beobachteten nicht selten die Coincidenz von Adipositas dolorosa und Arthritiden. Die äufsere Körperdecke ist über den Tumormassen häufig bläulich verfärbt.

Wie nun die Adipositas dolorosa infolge der ihr eigenen Schmerzhaftigkeit eine Sonderstellung unter den diffusen Lipomen einnimmt, so gibt es auch unter den circumskripten solche, welche sich durch mehr oder weniger ausgesprochene Empfindlichkeit auszeichnen. Eine weitere Eigentümlichkeit dieser schmerzhaften Fettgeschwülste ist die Multiplicität und Symmetrie ihres Auftretens; doch sind nicht etwa alle symmetrischen, multipeln Lipome von Schmerzen begleitet. Im Gegenteil scheint die Mehrzahl der Fälle symptomlos zu verlaufen, und nur ein kleinerer Teil hat neben der eigentümlichen symmetrischen Lokalisation noch das besondere Attribut der Schmerzhaftigkeit aufzuweisen, wie wir sehen, also ein der Adipositas dolorosa durchaus konformes Verhalten.

Indes möchte ich gleich hier vorgreifend darauf hinweisen, dafs in der Literatur eine ganze Anzahl Fälle von multipeln, symmetrischen Lipomen unter die Adipositas dolorosa einzureihen wären. Es liegt dies eben daran, dafs dieser Krankheitsbegriff und diese Bezeichnung namentlich in Deutschland wenig bekannt und gebräuchlich war. Ob sich aber die strenge Scheidung beider Krankheitsbilder stets rigoros wird durchführen lassen, und ob sie überhaupt zu Recht besteht, das werden wir zum Schlusse ausführlicher in Erwägung ziehen müssen.

Bisweilen ist die Zahl der Tumoren eine aufsergewöhnlich grofse. Es sind Fälle beschrieben worden, wo an einem Individuum einige hundert, ja sogar bis zu zweitausend Lipome gezählt werden konnten.

Die Kranken sind häufig unter gleichzeitigem Nachlassen der Körperkraft beträchtlich abgemagert. Sie klagen gewöhnlich über grofse allgemeine Mattigkeit und Abgeschlagenheit, ferner über Steifigkeit und Einschlafen der befallenen Gliedmafsen. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste hat fast niemals etwas anderes ergeben, als die auch bei solitären Lipomen gewöhnliche Gröfsenzunahme der einzelnen Fettzellen.

Wegen der überaus häufigen symmetrischen Anordnung und wegen der grofsen Schmerzhaftigkeit der Geschwülste ist man allgemein geneigt, die Genese der Erkrankung im Nervensystem zu suchen. Alsberg, welcher in seinem Fall makroskopisch und mikroskopisch am und im Tumor Nervenfasern nachzuweisen vermochte, bezeichnet als Ausgangspunkt der Geschwülste das Endoneurium kleinster, sensibler Nervenästchen der Haut. Einen ähnlichen Befund konnte Schnyder (citiert nach Strübing l. c.) erheben; anderen Forschern aber ist dies nicht geglückt. Indes scheint auch die klinische Beobachtung den genetischen Zusammenhang zwischen dem Nervensystem und den schmerzenden Lipomen zu bestätigen. Madelung (11), Israel und Baumgarten (8), Küster (10), Köttnitz (9) u. a. berichten über derartige Fälle, wo gleichzeitig neben den Tumoren, oft auch infolge desselben Anlasses, neuralgische Schmerzen, Tremor und motorische Schwäche der befallenen Gliedmafsen bestanden, so dafs sie geneigt sind, eine neuropathische Ursache anzunehmen.

Eine andere, etwas merkwürdige Erklärung gibt Grosch (7) für die genannten ätiologischen Beziehungen. Nachdem er an der Hand einer grofsen Statistik bewiesen hat, dafs die Lipome bestimmte Prädilektionsstellen besitzen, so Rücken, Oberarm, Nacken, Hals, Brust, Oberschenkel, Gefäfs, glaubt er als Erklärung hierfür annehmen zu müssen, dafs die Lokalisation der Lipome von der Ausbreitung der drüsigen Organe der Haut abhängig sei, insofern als die Disposition zur Geschwulstbildung in einem umgekehrten Verhältnis zum Drüsenreichtum stehe. In keiner Weise soll die Lokalisation der Lipome von dem vorhandenen Fettgewebe oder dessen Menge beeinflufst werden, vielmehr hält er es für sehr wahrscheinlich, dafs die Drüsensekretion auf die Anordnung des gesamten Panniculus adiposus von Bedeutung ist. Wo nämlich Mangel an drüsigen Organen besteht, da kann das von dem Gefäfssystem gelieferte Fett nur in geringerem Mafse auf dem Wege der Sekretion aus der Haut abgeführt werden, und demzufolge mufs die Entwicklung des Panniculus gerade dort stärker ausfallen. Der Anordnung der Fettpolster bei der Obesitas entspricht aber auch die Lokalisation der Lipome. Unter Hinweis auf die ausgesprochen symmetrische Lage dieser Tumoren folgert er dann weiter: „Diese Symmetrie würde zunächst ihre Erklärung finden in der symmetrischen Verteilung der Hautdrüsen, mit deren Chemismus wir ja die Entstehung der Lipome in Zusammenhang gebracht haben" — näm-

lich als kompensatorischen Vorgang bei mangelhafter Fettabscheidung der Drüsen. (!) — „Da die Drüsenfunktion von selbständig funktionierenden Nerven beherrscht wird, die von den gemeinschaftlichen Zentren ausgehen, so können wir die multipeln Lipome als die Symptome einer Trophoneurose der Haut betrachten, deren Entstehung zentralen Ursprunges ist."

Diese Theorie GROSCHS hat bei verschiedenen beachtenswerten Autoren Anklang gefunden; sie mufs aber, auch abgesehen von dem Umstande, dafs in vielen Fällen die Lokalisation der Lipome den aufgestellten Behauptungen direkt widerspricht, als nicht zutreffend bezeichnet werden, da nirgendswo erwiesen ist, dafs die drüsigen Organe der Haut die Aufgabe haben, das Fett des Unterhautbindegewebes auszuscheiden.

Eine genaue Schilderung und sehr ausführliche Kasuistik über die multipeln, symmetrischen Lipome findet man in den Arbeiten von KÖTTNITZ (9), BOUJU (3) und GROSCH (7).

Vor kurzem hatte ich Gelegenheit, folgenden, nach verschiedenen Richtungen hin bemerkenswerten Fall von multipeln, symmetrischen, schmerzhaften Lipomen zu beobachten.

Die Patientin ist eine Frau von 28 Jahren, welche seit sechs Jahren verheiratet und Mutter von zwei gesunden Kindern ist. Aufser an Masern, Scharlach und Windpocken in ihrer Kindheit erkrankte sie später an rechter Wanderniere und bald darauf an Uterusmyomen, wegen welcher von Herrn Prof. MENGE im Februar 1902 die Totalexstirpation ausgeführt wurde. Ein Jahr vorher, im März 1901, war ihr bereits ein Myom des rechten Ligamentum latum entfernt worden.

Bald darauf begann sie an Schmerzen in den verschiedensten Körperteilen zu leiden, wegen derer sie, da scheinbar keine Ursache vorlag, für hysterisch gehalten und demgemäfs behandelt wurde. Nach der Totalexstirpation des Uterus bemerkte sie indes am Sitz der Schmerzen mehrere kleine Knoten in der Haut, welche sie selbst als Ursache ihrer Beschwerden ansah. Nun wurde von ihrem Hausarzt eine spezifische Infektion als Ätiologie in Erwägung gezogen, auf Grund derer ihr nach erfolgloser Jodmedikation eine Schmierkur vorgeschlagen wurde. Bevor sie sich hierzu verstehen wollte, suchte sie von neuem Herrn Prof. MENGE auf, dessen Liebenswürdigkeit ich, als er die Diagnose Lues nicht bestätigen konnte, die Zusendung der Kranken zu verdanken hatte.

Irgend welche Erscheinungen, welche sich auf eine Erkrankung des Nervensystems beziehen liefsen, wie Krämpfe oder Zuckungen oder Gliederzittern, werden von der Patientin durchaus in Abrede gestellt. Sie klagt hauptsächlich über grofse Schmerzen in verschiedenen Gliedmafsen, sodann über auffällige Abnahme ihrer Körperkräfte und das Gefühl vor häufiger grundloser Müdigkeit und Abgeschlagenheit, so dafs ihr selbst ihre einfachen häuslichen Arbeiten kaum noch möglich wären. Im speziellen erwähnt sie schmerzhafte Beschwerden in den Kniegelenken, welche sich besonders heftig bemerkbar machten, wenn sie sich setzen wolle. Aufserdem gibt sie an, zuweilen nach angestrengterer körperlicher Arbeit ohnmachtsähnliche Anfälle erlebt und in der letzten Zeit auch häufig an Kopfschmerzen gelitten zu haben. Als die Schmerzhaftigkeit der Gliedmafsen nach der grofsen Operation heftiger zu werden begann, hätte sie des öfteren in den schmerzenden Knoten bei gewissen Bewegungen ein deutliches Knacken verspürt. Potus und Lues werden in Abrede gestellt.

Die Kranke ist eine robuste, wohlgenährte Person mit ziemlich beträchtlich entwickeltem Panniculus, jedoch keineswegs von ausgesprochener allgemeiner Fettleibigkeit. Die von Herrn Privatdocent Dr. Paessler freundlichst vorgenommene Nachuntersuchung bestätigte durchaus meinen Befund der absoluten Gesundheit der inneren Organe und des Nervensystems, nur waren die Patellarreflexe gesteigert. Chlorose oder Anämie lag gleichfalls nicht vor.

Von den schmerzhaften Knoten, welche die Kranke zu mir führten, safs einer auf der vorderen Fläche des rechten Oberarms, zwei dicht neben einander auf der lateralen Seite des rechten Oberschenkels, einer in der rechten Gesäfshälfte, endlich je einer korrespondierend im linken Oberschenkel und in der linken Gesäfshälfte. Es waren dies aber bei weitem nicht alle Knoten, vielmehr war noch eine ganze Anzahl weiterer Tumoren in beiden Oberschenkeln und in den Nates zu tasten, nur waren sie bedeutend kleiner und sehr viel weniger oder gar nicht schmerzhaft. Die gröfseren zeichneten sich aufserdem dadurch aus, dafs die Haut über ihnen deutlich bläulichrot verfärbt war.

Die Schmerzhaftigkeit war auf Druck mäfsig, spontan dagegen sehr heftig, aber nicht dauernd vorhanden, sondern sie trat anfallsweise auf, währte in den einzelnen Knoten verschieden, etwa einen bis zwei Tage lang, um dann einer völligen Ruhepause oft von mehreren Tagen Dauer zu weichen.

Der im Oberarm sitzende Knoten lag ganz dicht unter der wie nach einer starken Kontusion blaurotfarbigen äufseren Körperdecke. Sowohl durch Tasten als durch seitliches Emporschieben der Haut, wobei sich die bekannten typischen, den Ansatzstellen der Bindegewebszüge entsprechenden Einziehungen bildeten, war die Diagnose eines Lipoms ohne weiteres zu stellen. Die anderen Knoten lagen zwar etwas tiefer im subcutanen Fettgewebe, aber doch immerhin in beträchtlicher Nähe der Hautdecke. Diese war über ihnen nicht ganz so auffallend bläulich verfärbt als über dem Oberarmknoten.

Wegen der oberflächlichen Lage des letzteren entschlofs ich mich zuerst zu dessen Exstirpation, welche unter Lokalanästhesie nach Schleich mit gröfster Leichtigkeit gelang. Das etwa 4 cm lange und 2—3 cm dicke Lipom lag in einer aufserordentlich dünnen und prall gespannten Kapsel, nach deren teilweiser, linearer Durchtrennung die oberen Geschwulstteile aus der Schnittöffnung geradezu spontan hervorquollen. Der Rest des Knotens wurde nach breiterer Eröffnung der Kapsel fast in seiner ganzen Circumferenz stumpf herausgeschält. Er bestand aus drei verhältnismäfsig grofsen, mit einander verwachsenen Lappen von beträchtlicher Konsistenz. Die Hautwunde wurde mit einigen Näten geschlossen und heilte in wenigen Tagen glatt zu.

Da nach der Operation die Schmerzen sofort und ganz geschwunden waren, so exstirpierte ich in mehreren Sitzungen die sämtlichen anderen schmerzenden Knoten mit gleich günstigem, sofort sich einstellenden Erfolg. Auch bei diesen drängten sich die Tumormassen nach Eröffnung der Kapsel aus ihrer gespannten Hülle geradezu heraus. Den kleinsten Tumor vermochte ich mit Erhaltung seiner Kapsel zu exstirpieren. Die Blutung war, insbesondere bei Durchtrennung der Hautdecke, bei sämtlichen Tumoren nicht unerheblich.

Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste ergab nichts weiter als den typischen Befund eines gewöhnlichen Lipoms.

Ein schönes, interessantes Bild gewährte die mikroskopische Untersuchung der mitexstirpierten Kapsel des kleinsten Knotens. Während die übrigen, nach der Reinigung vom Blut, glänzend weifs aussahen, war dieser von seiner noch erhaltenen Kapsel wie von einem zarten, roten Schleier eingehüllt. Nach der Härtung in Alkohol

gelang es verhältnismäfsig leicht, die rosa gefärbte, äufserst dünne Hülle in gröfseren Stücken abzuziehen. Die einzelnen Teile wurden, so wie sie waren, gefärbt und in Kanadabalsam eingebettet. Aufser regellos angeordneten, sich in verschiedensten Richtungen kreuzenden dickeren und dünneren Bindegewebs- und elastischen Fasern ergab die mikroskopische Untersuchung neben gröfseren, bienenwabenartigen Fettzellenfeldern grofse, dichte, glatt ausgespannte Blutgefäfsnetze mit einem übergrofsen, Reichtum an Blutgefäfsen aller Art. Man war im stande, alle Abstufungen derselben von den allerfeinsten Kapillaren bis zu kleineren und selbst grofsen Arterien und Venen neben einander zu studieren. Sie durchkreuzten sich vielfach und liefsen zahlreiche Anastomosen erkennen. Ich glaube auch eine ganze Anzahl Nervenfasern gesehen zu haben, doch möchte ich das bei dem Gewirr von Fäden, Fasern und Gefäfsen nicht mit Sicherheit behaupten. Jedenfalls waren viele solcher Fäden zu beobachten, deren stellenweise deutlich doppelte Konturen gewellte und unregelmäfsig geballte Formen aufzuweisen hatten, wie sie in Orths Histologie (Aufl. V, pag. 198) als Typen geronnener Markscheiden abgebildet sind.

In einem Stückchen gleichfalls mit exstirpierter äufserer Haut ergab die mikroskopische Untersuchung neben einem sonst normalen Befunde viele stark erweiterte Blutgefäfse.

An dem oben beschriebenen Fall erscheint mir als ganz besonders bemerkenswert die auffallende bläuliche Verfärbung der die Tumoren überziehenden äufseren Körperdecke. Sie ist merkwürdigerweise sonst fast niemals beobachtet oder doch nicht beschrieben und, soweit ich die Literatur gelesen habe, nur in zwei von Köttnitz citierten Fällen erwähnt. Dagegen ist sie, wie schon hervorgehoben wurde, bei der Mehrzahl der Fälle von Adipositas dolorosa als fast konstantes Symptom beobachtet. Andere Autoren aber berichten wiederum bei dieser Krankheit über eine auffällige Blässe der Haut, und Sydenham liefert die erste Beschreibung derselben unter der, wie Strübing treffend hervorhebt, sonst sehr unzweckmäfsigen Bezeichnung des Oedème blanc.

Diese blaurote oder weifse Verfärbung kann nur als der Ausdruck einer vermehrten Blutstauung in den Gefäfsbezirken der Tumoren, ihrer unmittelbaren Nachbarschaft und der sie bedeckenden Haut aufgefafst werden. Ihr schreibe ich neben der grofsen Spannung der Kapsel die Schmerzhaftigkeit der Tumoren zu. Dafür spricht das anfallsweise Auftreten der Schmerzen, es spricht des weiteren in meinem Fall auch der Umstand dafür, dafs die kleineren Geschwülste, bei denen die bläuliche Färbung nicht zu konstatieren war, kaum oder gar nicht Schmerzen verursachten. Desgleichen pflegen die grofsen, schmerzlosen, solitären Lipome, auch bei noch so grofser Ausdehnung, soweit mir bekannt ist, die Beschaffenheit der sie deckenden Haut in keiner Weise zu alterieren. Auch Strübing will, wie erwähnt, die veränderten und variierenden Spannungsverhältnisse der Körperdecke für die wechselnde Empfindlichkeit der Tumoren verantwortlich machen.

Aus diesem Grunde erscheint es mir nicht angebracht, gerade um der Schmerzhaftigkeit willen nach besonderen pathologischen Verände-

rungen der peripheren Nervenäste zu fahnden; wird es doch z. B. niemand einfallen, den Unterschied in der Empfindlichkeit luetisch oder venerisch infizierter Leistendrüsen in besonderen Erkrankungen der benachbarten Nervenfasern zu suchen.

Allerdings könnte man einwenden, dafs die meist viel gröfseren solitären Lipome und andere Tumoren viel eher die beschuldigten Stauungs- und Spannungsänderungen und die davon für abhängig erklärten Schmerzen auslösen könnten. Allein in meinem Fall wenigstens ist die Sachlage dadurch eine andere, dafs die Lipome ein verhältnismäfsig sehr schnelles Wachstum zeigten, und auch in anderen Fällen scheint die Empfindlichkeit gerade während der Entwicklung und der Evolution neuer Tumoren eine besonders grofse gewesen zu sein.

Dennoch möchte ich nicht etwa einzig und allein in dem Wachstum der Geschwülste den Grund für ihre Schmerzhaftigkeit und die vermehrte Stauung der benachbarten Blutgefäfsbezirke suchen; vielmehr bleibt, auch schon wegen der Symmetrie und Multiplizität ihres Auftretens, nichts anderes übrig, als zentral gelegene, ätiologische Faktoren nervösen Ursprungs anzunehmen, wofür auch die sonstigen, fast stets beobachteten nervösen, lokalen und allgemeinen Störungen des Organismus sprechen.

Nur wird damit die sehr auffallende Tatsache nicht erklärt, dafs die Mehrzahl der gleichfalls symmetrischen, diffusen und circumskripten Lipome, für deren Genese man wegen ihrer Multiplizität und Symmetrie gleichfalls zentrale, nervöse Ursachen annehmen zu müssen glaubt, gänzlich symptomlos und ohne Beschwerden verlaufen, während nur die verhältnismäfsig wenigen Fälle von Adipositas dolorosa und schmerzhaften, symmetrischen Lipomen das stets so hervorstechende Symptom der grofsen Empfindlichkeit aufzuweisen haben.

Zur Erklärung dieses auffälligen Unterschiedes bietet vielleicht die von mir hervorgehobene Blaufärbung der Haut einen Fingerzeig. Sie kann als Ausdruck der gesteigerten Blutstauung besagen, dafs gewisse l o k a l e Verhältnisse bestehen mögen, welche bei einem an und für sich gleichen Krankheitsprozefs je nach ihrem rein zufälligen Vorhandensein oder Fehlen das Symptom der Schmerzhaftigkeit erstehen lassen können oder nicht. Man braucht darum noch nicht die Blutstauung als rein mechanischen lokalen Effekt aufzufassen, sondern vielleicht eher als Folge irgend einer Störung der Gefäfsinnervation, bedingt durch nachbarliche Beziehungen zwischen den Tumoren und den sonst normalen sensibeln oder trophischen Nerven der Umgebung, durch deren Reizung die Spannungsverhältnisse der Gewebe und Gefäfse geändert werden, welche Änderung nun vice versa wieder zu stärkeren nervösen Reizen Anlafs gibt.

Für dies l o k a l e A b h ä n g i g k e i t s v e r h ä l t n i s der Schmerzen von den Tumoren spricht meiner Meinung nach vor allem der günstige,

prompte Erfolg der Exstirpation, da in jedem Falle sofort nach der Beseitigung des Tumors die lokale Empfindlichkeit aufhört. Wäre die Ursache für die örtlichen Schmerzen nur zentralen Ursprungs, dann brauchten auch nach der Elimination des Tumors die Schmerzen nicht so prompt zu cessieren. Einen indirekten Beweis für meine Anschauung bietet die Tatsache, daſs gerade bei schmerzlosen diffusen wie circumskripten Lipomen die Operation sehr oft schlechte Resultate gezeitigt hat, insofern als sehr häufig Rezidive verzeichnet worden sind, eben weil die ursprüngliche genetische Ursache weiter fortwirkte. In demselben Sinne sprechen für meine Annahme die schlechten Resultate der Operation bei schmerzhaften Lipomen mit Rücksicht auf das Weiterbestehen der sonstigen vorhandenen nervösen und schmerzhaften Begleitsymptome.

Somit komme ich zu dem Schluſs, daſs in den schmerzlosen diffusen und multipeln circumskripten Lipomen derselbe pathologische Grundprozeſs und dieselbe genetische Ursache vorliegt, wie in der Adipositas dolorosa und in den schmerzenden Lipomen, und daſs das den beiden letzteren allein zukommende Symptom der Schmerzhaftigkeit lediglich in lokalen Verhältnissen zu suchen ist, wie sie kurz zuvor angedeutet sind.

Es würde danach die Aufgabe weiterer Beobachtungen sein, festzustellen, ob in der Tat bei der mit Schmerzen komplizierten Gruppe der Fettgeschwülste Beziehungen der Tumoren zur Nachbarschaft vorliegen, welche für die geäuſserte Anschauung sprechen könnten, und ob diese andererseits bei den gewöhnlichen, ohne Beschwerden verlaufenden Fällen vermiſst werden.

Zum Schlusse habe ich noch auf das Verhältnis der Adipositas dolorosa zu den schmerzenden, symmetrischen Lipomen einzugehen.

Strübing weist in seiner Arbeit darauf hin, daſs die beiden Affektionen häufig mit einander verwechselt werden, und so dürfte es sich z. B. auch in der neuesten Publikation von Alger (1), welcher bei einer sehr fetten 29jährigen Patientin eine Anzahl zerstreuter, sehr schmerzhafter Knötchen beobachtete, um einen Fall von reinen schmerzhaften Lipomen handeln, obwohl die Arbeit den Titel Adiposis dolorosa führt. Strübing selbst steht auf dem Standpunkte, daſs beide Affektionen streng von einander zu scheiden sind, da beide wohl charakterisierte Krankheitsbilder bieten.

Während der genauen Durchsicht einer reichlichen Literatur hat sich mir indessen die Überzeugung aufgedrängt, daſs die beiden Leiden nicht absolut scharf von einander getrennt werden können, wenigstens nicht mehr, als es der rein anatomische Charakter der Geschwülste mit der Unterscheidung von diffusen und

circumskripten Lipomen gebietet. Die Anamnese sowohl wie die konkomitierenden subjektiven Klagen und objektiven Befunde sind bei beiden Affektionen fast stets genau dieselben. In selteneren Fällen beschränken sich die Beschwerden und die feststellbaren Symptome allein auf den lokalen Krankheitsherd. In der Mehrzahl findet man nervöse Störungen, Kopfschmerzen, Ohnmachtanfälle, Muskelschwäche, Tremor, Hysterie, Anämie und Chlorose, Menstruationsstörungen, vorzeitiges oder rechtzeitiges Klimakterium, Arthritismus, äufsere Insulte, Erkrankungen oder Fehlen der Schilddrüse und andere Prodromal- oder Begleiterscheinungen, wie sie oben beschrieben sind, genau so in den Krankengeschichten der Adipositas dolorosa wie der schmerzenden Lipome verzeichnet. Desgleichen hat die mikroskopische Untersuchung erkennbare Verschiedenheiten nicht erbringen können. Auch die Krankengeschichte meines Falles würde, abgesehen allein von der Circumskriptheit der Tumoren, für das Krankheitsbild der Adipositas dolorosa durchaus zutreffend sein.

Dazu kommt nun aber vor allem der Umstand, dafs zweifellos vielfach beide Affektionen neben einander an ein und demselben Individuum beobachtet sind, wie ich gleich an einigen, ohne besondere Auswahl getroffenen Beispielen aus der Literatur zeigen will. Man mufs dabei nur in Erwägung ziehen, dafs die Autoren die Bezeichnung „Adipositas dolorosa“ nicht kannten und von einem unter diesem Namen aufgestellten besonderen Krankheitsbilde nichts wufsten, so dafs sie z. B. immer nur von dem charakteristischen Symptom der Empfindlichkeit als von vagen, oder rheumatischen, oder rheumatoiden (!) Schmerzen sprechen.

Im Fall 3 von C. Fieber (Grosch l. c. S. 380) handelt es sich um ein sehr grofses diffuses Lipom der rechten Schultergegend, welches dumpfe, reifsende Schmerzen verursachte. Aufserdem bestanden noch mehrere circumskripte, symmetrische Lipome am Rumpf, desgleichen noch eine Anzahl diffuser Fettgeschwülste. — Wahls 4. Fall (Grosch l. c. S. 380) kam in die Klinik wegen rheumatoider, vager Schmerzen, die er seit mehreren Monaten besonders oben an den Extremitäten und an mehreren Stellen des Rumpfes zeitweilig verspürte. Es bestanden zwei sehr grofse, vollkommen symmetrische, diffuse Lipome beider Schultern und Oberarme, desgleichen weitere „diffuse Fettanhäufungen“ am Rücken, Gesäfs und den Oberschenkeln, aufserdem aber noch fünf haselnufs- bis kleinhühnereigrofse subcutane Lipome an verschiedenen Körperstellen. — In Fall 8 von Mathieu (Bouju l. c. S. 38), welcher an heftigen Schmerzen der unteren Extremitäten und des Epigastriums litt, bestand neben mehreren symmetrischen Lipomen an beiden Knieen eine sehr umfangreiche Geschwulst in der Lendengegend, eine andere in der Fossa epigastrica, welche sich nach beiden Hypochondrien erstreckte. — Fall 9 von Bouju spürt seit 4—5 Jahren heftige, bohrende Schmerzen in den unteren Extremitäten. Dieselben treten periodisch auf, kommen selbst nachts und halten bald einen, bald drei Tage an. Es bestehen zahlreiche circumskripte und diffuse Lipome am ganzen Körper. In der Regio thoracica posterior sitzen zwei Tumoren, die auf ihrer Oberfläche ein leichtes Adergeflecht zeigen.

Man wird an der Hand dieser Beispiele zugeben müssen, daſs eine sehr groſse Wahrscheinlichkeit dafür besteht, daſs es sich in diesen und anderen zahlreichen Fällen um die typische Adipositas dolorosa gehandelt habe, neben welcher gleichzeitig multiple, symmetrische Lipome bestanden. Leider fehlt gewöhnlich in den Beschreibungen eine genaue Lokalisierung der Schmerzen. Auch Köttnitz macht in dem Resümee seiner sehr ausführlichen Arbeit keinen Unterschied zwischen schmerzenden diffusen und circumskripten Tumoren, sondern er trennt nur von der Gruppe, wo die Eruption der symmetrischen Lipome ohne alle Störung, völlig symptomlos verläuft, eine andere, die sich durch komplizierende nervöse, oder rheumatische, oder rheumatoide (!) Affektionen charakterisiert.

Strübing berichtet (l. c. S. 172) von Spillers erstem Fall, daſs derselbe so zeitig zur Beobachtung gelangte, daſs die Fettablagerung nur an einer unteren Extremität und an einem Teil des Stammes deutlich war. „Beim Anfassen einer solchen Fettmasse hat man das Gefühl, ähnlich wie bei einer Varicocele.“

Auch meine Patientin ist sehr frühzeitig zur Beobachtung gekommen, nur wenige Monate nach Beginn der Erkrankung, und ich habe den Eindruck, als ob sie erst im Anfangsstadium der Entwicklung ihres Leidens steht, und daſs sich schlieſslich eine Kombination beider zur Verhandlung stehenden Krankheitsprozesse ergeben wird. Denn, wie bereits hervorgehoben, bestanden neben den gröſseren schmerzhaften Tumoren eine ganze Anzahl kleinerer, zum Teil in unmittelbarer Nachbarschaft der ersteren. Man braucht sich nun bloſs vorzustellen, daſs die einzelnen Tumoren bis zur gegenseitigen Berührung weiter wachsen, und man wird zugeben müssen, daſs in Bezirken, wo die einzelnen Geschwülste gedrängter stehen, durchaus das Bild der Fettmassen bei der Adipositas dolorosa resultieren wird. Gerade die Bemerkung Strübings, daſs die Tumoren sich in Spillers beginnendem Fall wie Varicocelen anfühlten, würde nach Erfüllung dieser Voraussetzung dann, wenn die ganze Geschwulst aus mehreren distinkten, noch nicht fest mit einander verbundenen Teilen besteht, zutreffend sein, und um so mehr, als tatsächlich bereits die einzelnen gröſseren Lipome meiner Patientin beim Betasten dies Gefühl in charakteristischer Weise erzeugten.

Daſs scheinbar isolierte Tumoren doch bereits mit einander in Konnex stehen, beweist Boujus neunter Fall. Es bestanden dort am Nacken zwei Geschwulstgruppen, welche durch eine sehr deutliche Furche von einander geschieden waren. „In Wirklichkeit“, sagt Bouju, „ist die Trennung eine nur scheinbare, denn bei der Palpation erkennt man weiche Massen, die jedenfalls die vorderen und hinteren Lappen verbinden.“

Es sei hier noch nachträglich bemerkt, dafs die Gesäfs- und Lendenpartie meiner Patientin verhältnismäfsig sehr stark ausgebildet, und dafs der geschwulstreichere rechte Oberschenkel erheblich dicker war als der linke.

Auf Grund dieser Erwägungen möchte ich den Schlufs ziehen, dafs die Adipositas dolorosa und die schmerzenden symmetrischen Lipome nicht zwei von Grund aus differente Krankheitsprozesse vorstellen, dafs sie vielmehr höchstens in der Weise voneinander verschieden sind, wie in anatomischer Beziehung die diffusen und circumskripten Lipome.

Die Genese für beide Erkrankungen ist mit grofser Wahrscheinlichkeit in gewissen zentralen, nervösen Ursachen zu suchen, der Grund für die örtlichen Beschwerden in lokalen Verhältnissen, etwa von der Art, wie ich sie für meinen Fall angenommen habe. Die Entstehungsursache des Leidens meiner Patientin wird man auf ihr Genitalleiden oder die durch dasselbe veranlafsten Operationen und die nachfolgende, sehr frühzeitige Menopause zurückführen müssen.

Literatur.

1. Alger, A Case of Adiposis dolorosa. *The Medical News.* 1901. Bd. 78. No. 3.
2. Alsberg, Über Neurolipome. Inaug.-Dissert. Berlin. 1892.
3. Bouju, Lipomes multiples symmétriques, Tabès, Arthritisme. *Thèse de Paris.* 1892.
4. Brodie, B., Citiert nach Madelung (11).
5. Charcot, Citiert nach Strübing (12).
6. Dercum, *Intern. Journ. of Medic. Sciens.* 1892.
7. Grosch, Studien über das Lipom. *Dtsche. Zeitschr. f. Chirurg.* 1887. Bd. XXVI. S. 304.
8. Israel, *Tagebl. 59. Vers. Deutscher Naturf.* Berlin 1886. S. 150.
9. Köttnitz, Über symmetrisches Auftreten von Lipomen. *Zeitschr. f. Chirurg.* Bd. 38. 1894. S. 75.
10. Küster, *Berl. klin. Wochenschr.* 1884.
11. Madelung, *Arch. f. klin. Chirurg.* Bd. 37. 1888. — *Berl. klin. Wochenschr.* 1884.
12. Strübing, *Arch. f. Dermatol. u. Syphil.* Bd. LIX. S. 171.
13. Sydenham, Citiert nach Strübing (12). S. 182.
14. White, W. Hale, A case of Adiposis dolorosa. *Brit. med. Journ.* 1899. Vol. II. S. 1533.

Über die gonorrhoische Erkrankung der Paraurethralgänge.

Von

Dr. Josef Sellei,
em. Universäts-Assistent, Budapest.

Mit 3 Abbildungen im Text.

In nachfolgendem wird von jenen feinen, fistelartigen Gängen die Rede sein, die an verschiedenen Stellen des Penis, meistens in folgender Anordnung zu finden sind:

Gänge an der Eichel, welche von den Labien der Urethra oder von der Seite der Fossa navicularis ausgehen.

Vom Orificium, also von dem Labium urethr. ext. ein wenig entferntere, gewöhnlich seichtere Gänge.

Neben dem Frenulum liegende Gänge.

Präputialgänge und solche, die sich an der unteren Fläche der Pars pendula befinden.

Gänge an der dorsalen Fläche des Penis.

Bekanntlich können all diese Gänge ebensogut der Sitz von gonorrhoischen Erkrankungen sein wie die Urethra selbst. Infolge der feinen, mit freiem Auge zuweilen nur schwer bemerkbaren äufseren Öffnung dieser Gänge entgehen sie jedoch oft leicht der Beobachtung und können so selbst nach Ablauf von mehreren Jahren zur Infizierung der Urethra bezw. zur Erneuerung der Gonorrhoe Anlafs geben.

Die gonorrhoische Erkrankung eines solchen Ganges zeigt klinisch folgendes Bild: Wenn der Gang sich an den Labien der Harnröhre befindet, dann entleert sich nach Ablauf der akuten Symptome, nach Rückentwicklung des Ödems bei Druck auf die Labien an der punktförmigen äufseren Öffnung des Ganges Eiter. In anderen Fällen tritt im Sulcus coronarius auf der einen oder der anderen Seite des Frenulum oder zwischen den Blättern des Präputium oder sonst irgendwo am Penis ein Knoten von der Gröfse einer Erbse auf, welcher abscediert, und nach der Rückbildung der entzündlichen Symptome kann an der Stelle des Abscesses von Zeit zu Zeit Eiter herausgedrückt werden, der die charakteristischen Eigenschaften des gonorrhoischen Sekretes zeigt. Oft jedoch können an den erwähnten Stellen sich Gänge befinden, die aber ebenfalls schon kongenital entwickelt sind und, wenn sie auch gonorrhoisch erkranken, ohne zur Bildung eines Abscesses zu führen, eben dann — wie bekannt — leicht sich der Beobachtung entziehen können.

Bei der Durchsicht der darauf bezüglichen Literatur ergibt sich, dafs die Pathohistologie dieser Gänge von verhältnismäfsig wenigen studiert worden ist, und so schien es nicht für überflüssig, diese Frage neuerdings mit pathohistologischen Untersuchungen und Vergleichungen zu beleuchten. Über die Gänge, die nahe zum Orific. urethr. ausmünden, vertreten die Autoren zweierlei Ansichten, dafs nämlich dieselben sich entweder infolge der gonorrhoischen Erkrankung der MORGAGNIschen Krypten oder der LITTRÉschen Drüsen bilden, so zwar, dafs aus der LITTRÉschen Drüse oder aus der MORGAGNIschen Krypte nahe zum Orificium extr. urethrae ausmündende feine Gänge entstehen, oder dafs sich dieselben aus an ungewohnter Stelle mündenden LITTRÉ-Drüsen bilden. (Diese Gänge, welche eine Länge von 0,5—1,0 cm erreichen, können aber auch oft blind verlaufen; der Entzündungsprozefs führt nämlich in der Drüse oder in den Krypten zu Cystenbildung und leistet auch dann der Heilung der Gonorrhoe hartnäckig Widerstand.) Aber nicht blofs aus in der Nähe des Orificium extr. urethrae befindlichen LITTRÉschen Drüsen bezw. MORGAGNIschen Krypten, sondern auch von der Harnröhrenöffnung abwärts, in einer Entfernung von 1—2 cm oder weiter unten in der Harnröhre selbst, kann sich der Gang aus einer solchen Drüse, einer solchen Krypte entwickeln.

FELEKI (1) ist (schon 1894) der Ansicht, dafs man solche nach im Verlaufe der Harnröhrenentzündung auftretender Folliculitis abscedens zurückgebliebene feine Fisteln von den kongenitalen präformierten Gängen unterscheiden mufs. Nach SAM. RÓNA (2), WOLFF (3), FINGER (4), ebenso M. v. ZEISSL (5), JADASSOHN (6), EHRMANN (7), neuerdings JANET (8) gehen die in der Nähe des Orificium urethrae ausmündenden paraurethralen Gänge gleichfalls von den gonorrhoisch veränderten LITTRÉschen Drüsen, MORGAGNIschen Krypten aus. Aufser diesen Autoren haben schon früher GUERIN (9), OEDMANSSON (10), PONTOPIDDAN (11), TOUTON (12) (1889), CRIPPA (13) (1884), PEZZOLI (14) (1896), FABRY (15), JESIONEK (16) und andere (s. weiter unten) die Pathogenese dieser Gänge studiert.

Aufser diesen Gängen müssen wir, wie wir gesagt haben, noch klinisch aus der obengenannten Gruppe als am häufigsten vorkommend die Gänge neben dem Frenulum, zwischen den Blättern des Präputium, sowie die an der unteren Oberfläche des Penis vorkommenden Gänge hervorheben. In Bezug auf die Pathogenesis scheint es jedoch nach meiner Ansicht am besten, zweierlei Gänge zu unterscheiden. Diese beiden weichen, trotzdem sie klinisch oft ähnliche Symptome zeigen, dennoch histologisch wesentlich von einander ab, ein deutliches Zeichen dafür, dafs ihre Entwicklung eine verschiedene ist. Die Wand des Ganges wird

nämlich vom Epithel gebildet; dies sind die sogenannten präformierten Gänge. Oder der Gang ist durch Entzündung entstanden; dieser Gang hat keine von Epithelzellen gebildete Wand. Diese beiden Arten von Gängen zeigen folgendes klinische und histologische Verhalten.

I. Gänge, welche keine selbständige, keine mit Epithelzellen gedeckte Wand besitzen.

Solche Gänge können wir in der Nähe der äußeren Harnröhrenöffnung beobachten. Wir müssen jedoch bemerken, daß die in der Nähe des Orificium urethrae extr. ausmündenden Gänge auch das Bild der zur zweiten Gruppe gehörenden Gänge bieten können. Also nicht der Ort des Auftretens dieser Gänge ist von Wichtigkeit, sondern die Pathogenese, insofern als das histologische Bild je nach der Pathogenesis des Leidens bald die eine, bald die andere Form zeigt.

In all diesen Fällen (beim ersten Typus) war der klinische Verlauf in Kürze folgender, wobei wir als Beispiel den am Labium der Harnröhre auftretenden Gang wählen. In Verbindung mit akuter Gonorrhoe ist die Mündung der Öffnung der Harnröhre stark gedunsen. Einen solchen Gang habe ich in Keilform ausgeschnitten und untersucht, wobei ich mit dem Gange auch die betreffende Partie der Harnröhrenschleimhaut ausschnitt; in einem Falle machte ich Serienschnitte. Das Resultat meiner Untersuchungen ist folgendes: An den Schnitten ist der Gang schon mit freiem Auge sichtbar, und das Gewebe um denselben färbte sich stärker. Der Gang tritt im unteren oder oberen Drittel des Schnittes auf, je nachdem wir den der Harnröhrenschleimhaut näher oder entfernter liegenden Teil desselben untersuchen, was sicher beweist, daß er die im Wege stehenden Gewebe schief durchschneidet. Der Gang hat nirgends selbständige, mit Epithelzellen bedeckte Wandung, selbst nicht an seinem unteren Ende, sondern wird überall von dem Entzündungsprodukte kleinzelliger Infiltration u. s. w. scharf umgrenzt. Die entzündliche Infiltration, die an der oberen und unteren Grenze des Ganges auftritt, nimmt an der unteren Wand desselben größeren Raum ein, indem sie sich gegen die Schleimhaut der Harnröhre hinzieht, sich hier vom Gange nach außen rechts und links allmählich in dem normalen Gewebe verliert. (Vgl. Fig. 1.) Die zahlreichen Lymphspalten, an denen die Eichel an dieser Stelle besonders reich ist, sind, wie es scheint, für die Entwicklung dieser Gänge prädisponiert. Irgend eine LITTRÉsche Drüse, die in eine MORGAGNIsche Krypte mündet, erkrankt gonorrhoisch, aus der glandularen Infiltration wird binnen kurzem eine periglandulare, und von da schreitet die Entzündung längs eines größeren Lymphgefäßes nach oben fort und bildet sich zu einer Fistel aus, wie dies schon OEDMANSSON (17)

annahm, der jedoch jeden paraurethralen Gang für so entstanden hielt.[1]

Wenn wir den hier beschriebenen Gang histologisch mit den übrigen beschriebenen paraurethralen Gängen vergleichen, so können wir scharfe Unterscheidungen vornehmen.

II. Gänge, welche eine selbständige Wand besitzen. Mit Epithel bekleidete Gänge.

Bei diesen wird das Lumen des Ganges bei der der äufseren Öffnung gewöhnlich von Pflasterepithel gebildet, das weiter unten sich zu Übergangsepithel verändert, in der Nähe des Lumens der Gänge sind auch

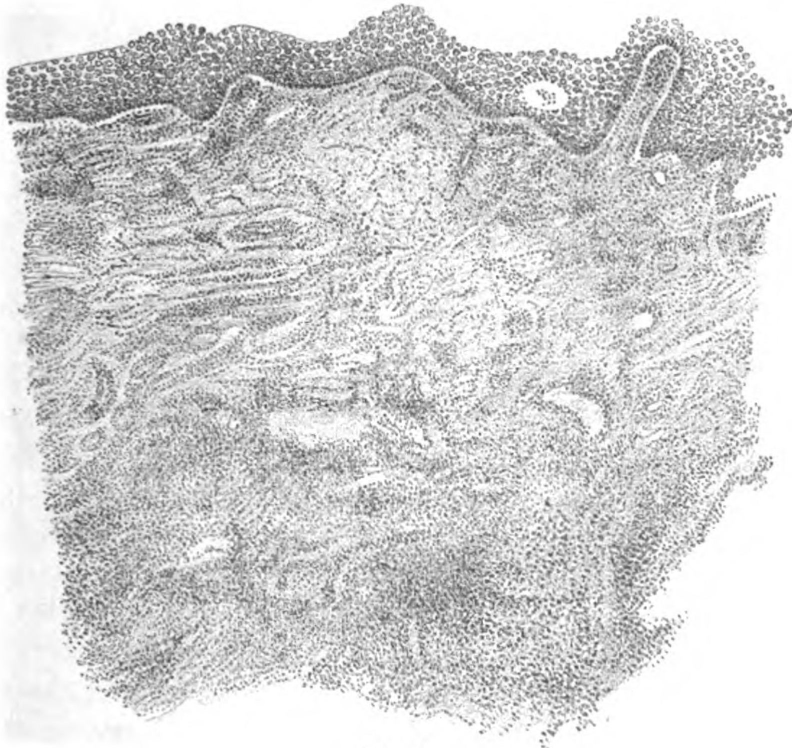


Fig. 1.

intra- und extraepitheliale Drüsen zu finden, wie solche von Peter Róna (18), neuerdings Paschkis beobachtet und beschrieben wurden. Das das Lumen des Ganges bildende Epithel zeigt deutlich, dafs dieselben schon vorhandene Gänge waren (vgl. Fig. 2), welche infiziert wurden, eventuell zur Bildung von Fisteln führten, und so kann die Fistel nach abwärts

[1] Meine frühere Annahme, dafs Lymphgefäfse den Weg bilden, auf dem infolge der entzündlichen Infiltration dieser Gang entsteht, machte es notwendig, dafs ich die normalen Verhältnisse an dieser Stelle der Eichel untersuche. Wenn wir die Eichel von Erwachsenen oder von Säuglingen transversal etc. durchschneiden, so fällt tatsächlich die grofse Zahl der Lymphgefäfse auf. (Bei diesen Untersuchungen konnte ich mich auch davon überzeugen, dafs nirgends an der Eichel sogenannte Tyson-Drüsen gefunden werden können, und so bestätigen meine Untersuchungen die von

bis zur Harnröhrenschleimheit gelangen. Und dafs dies die Genesis der Gänge ist, d. h. dafs dieselben als präformierte vorhanden waren, beweisen auch solche Fälle, wie die von Finger, Feleki (19), Jadassohn, Touton, Reichmann (20), Horváth (21), Lanz (22) beschriebenen, wobei nämlich die Urethra ganz unversehrt, von Gonorrhoe vollkommen frei war, dieser Gang jedoch von Gonokokken infiziert wurde, ohne dafs sich die Infektion auf die Harnröhre ausgedehnt hätte. (Einzelne Autoren haben diese Fälle eine Zeitlang mit dem Namen „Urethritis externa" bezeichnet.) Diese

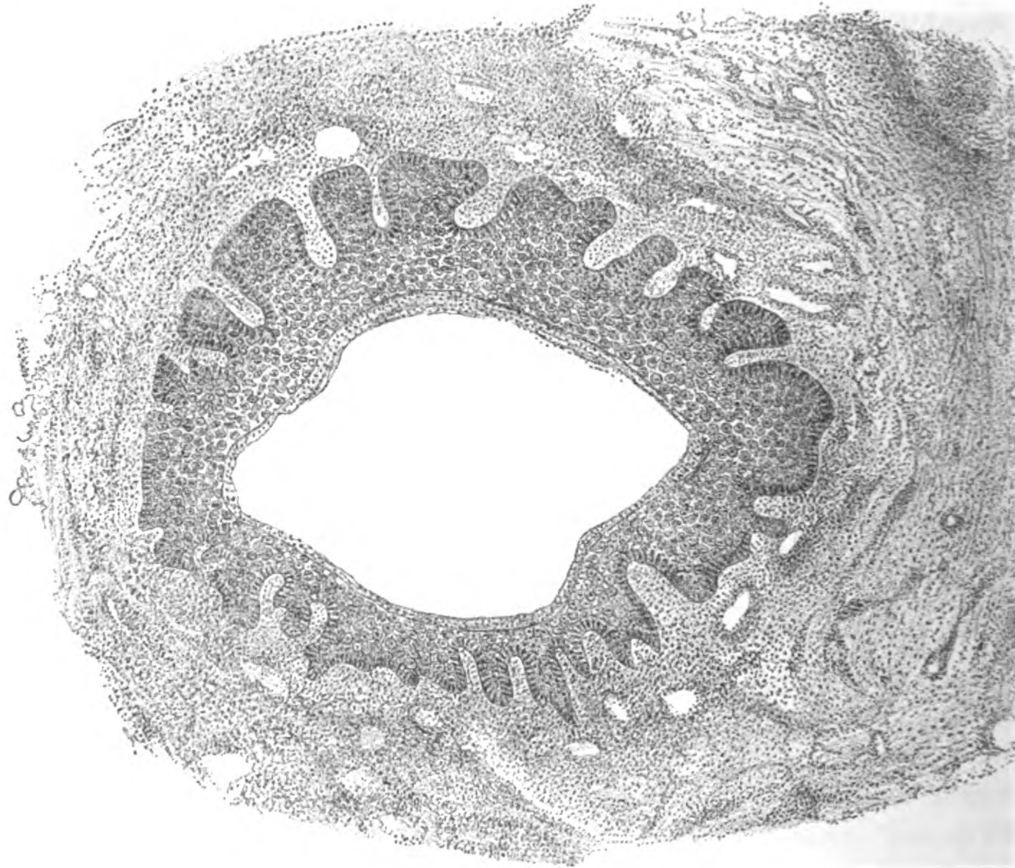


Fig. 2.

paraurethralen Gänge treten, wenn sie gonorrhoisch infiziert wurden, sehr oft an der Corona glandis, auf einer oder der anderen Seite des Frenulum oder sonst am Penis in der Form einer erbsengrofsen Geschwulst auf, die

Finger und neuerdings von anderen, z. B. Majocchi, aufgestellte Behauptung, dafs die an der Eichel unter dem Namen Tyson-Drüsen beschriebenen Gebilde keine Drüsen sind, und dafs die an der Corona glandis oft mit freiem Auge wahrnehmbaren Erhebungen von der Gröfse eines Stecknadelkopfes eigentlich den vergröfserten Corpora papillaria entsprechen. Die auch in neuerer Zeit ziemlich oft erwähnte „Tysonitis" als ein aus den Tysonschen „Drüsen" gebildeter Abscefs ist also eine falsche Benennung.

nach kurzer Zeit abscediert; und wenn wir dann die Geschwulst öffnen und den manchmal $1^1/_2$, ja 2 cm langen Gang auspräparieren und histologisch untersuchen, so können wir uns überzeugen, dafs das Lumen des Ganges überall durch das erwähnte Epithel gebildet wird. Sicher jedoch ist, und ich kann es auf Grund der diesbezüglichen Erfahrungen, sowie meiner eigenen Untersuchungen behaupten, dafs solche Gänge gleichfalls mit den LITTRÉschen Drüsen in Zusammenhang stehen können. Diese Gänge müssen wir immer als Abnormität in der Entwicklung betrachten, und in der Tat pflegen mit denselben sehr oft noch andere Abnormitäten in der Entwicklung, wie Hypospadiasis u. s. w., aufzutreten, worauf schon FELEKI hingewiesen und dessen Ursache P. RÓNA in einer eingehenden Studie auseinandergesetzt hat. Von diesen präformierten und mit Epithel bekleideten Gängen sind jene zu unterscheiden, deren klinische und histologische Beschreibung ich oben mitgeteilt habe. Bei diesen wird das Lumen, wie ersichtlich, nicht durch Epithelzellen, sondern durch die Fortpflanzung der Entzündung mit Vermittlung eines Lymphgefäfses erzeugt. Bei den mir bisher zur Verfügung gestandenen Fällen habe ich bei der histologischen Untersuchung der Fisteln im Gewebe selbst nirgends Gonokokken finden können, aber dafs dieselben durch die Gonorrhoe hervorgerufen werden, bewies der Gehalt an Gonokokken des aus der Fistel ausdrückbaren Sekrets deutlich. Diese Gänge stehen immer mit der Urethra (LITTRÉsche Drüse, MORGAGNIsche Krypte) in Verbindung, im Gegensatze zu den sogenannten präformierten Gängen, die aus einer Krypta der Eichel oder der Haut des Penis von aufsen nach innen, also in der Richtung der Harnröhre, verlaufen. Doch gibt es auch zweifelsohne präformierte Gänge, die unmittelbar mit der Urethra, also mit irgend einer LITTRÉschen Drüse zusammenhängen und von dort sich nach aufsen erstrecken, was übrigens mit der Auffassung P. RÓNAs von der Pathogenese der paraurethralen Gänge in Einklang steht.

Bezüglich der Genesis der paraurethralen Gänge war nämlich noch TOUTON (23) der Meinung, dafs die paraurethralen und präputialen Gänge von einer Veränderung von Talgdrüsen herrühren. JADASSOHN hat diese Behauptung später widerlegt. PETER RÓNA (24) hat jedoch nachgewiesen, dafs diese Gänge schon im embryonalen Zustande sich gebildet hatten. Dieser Autor unterscheidet zweierlei paraurethrale Gänge, Haut- und Schleimhautgänge, je nachdem längs des Ganges in denselben zahlreiche Talgdrüsen vorkommen oder nicht (wie solche neuerdings auch PASCHKIS (25) beschrieben hat), und je nachdem die Haut, ohne ihr Gepräge zu verlieren, sich von aufsen nach innen stülpt, im Gegensatze zu den Gängen, bei denen das anfangs das Gepräge der Epidermis zeigende

Epithel in die für die Schleimhaut charakteristischen Schichten übergeht. Pezzoli (26), der sich gleichfalls mit dieser Frage beschäftigte, nahm gleichfalls an, daſs die präputialen und die an der Haut des Penis ausmündenden Gänge Abnormitäten in der Entwicklung sind, die in den Labia ext. orific. ausmündenden Gänge dagegen hält er für an ungewöhnlicher Stelle ausmündende Littrésche Drüsen. Eine ähnliche Ansicht in diesem Punkte vertritt auch Jadassohn. Fick (27) hat zwei Fälle histologisch untersucht und bekräftigt gleichfalls die Behauptung von P. Róna. (In einem seiner Fälle war der Gang ein am peripherischen Ende einfacher, am zentralen Ende dagegen mehrfach verzweigter Hohlgang aus gröſstenteils mehrschichtigem, von Str. corneum und von keratohyalinhaltigen Schichten *freien* Pflasterepithel, und nur zum geringeren Teile war er mit aus Cylinderzellen bestehendem Epithel bekleidet. In einigen Schnitten waren normale Talgdrüsen zu finden. Dieser Gang blieb, wie es scheint, eine isolierte gonorrhoische Infektion, insofern als er in der Harnröhre keine gonorrhoische Entzündung wahrnehmen konnte. Der zweite Fall zeigte dem ersten ähnliche Veränderungen; auſserdem konnte man noch die charakteristische Veränderung beobachten, daſs hier auch die Littrésche Drüse in den Gang einmündete.) Audry (28) gibt gleichfalls bei der histologischen Untersuchung eines Falles und, wie es scheint, unabhängig von Rónas Arbeit der Ansicht Ausdruck, daſs diese Gänge „latente“ juxtaurethrale epidermoidale Cysten sind, welche mit den Hahrnröhrendrüsen gleichzeitig bestehen und bei der Entstehung der gonorrhoischen Penisabscesse eine Rolle spielen. Auſser den erwähnten Arbeiten sind hauptsächlich vom kasuistischen Standpunkt zu erwähnen die Mitteilungen von Swinburne, Hallopeau und Lemierre, ferner Reach (Ráskai), Aldor, Bastian, Fick, und damit haben wir die bisherige Literatur der paraurethralen Gänge erschöpft.

Sämtliche Autoren, die sich mit der Histologie dieses Leidens beschäftigen, stimmen also darin überein, daſs das Lumen der präformierten Gänge von Epithelzellen gebildet wird. Über die Genesis dieser Gänge steht unzweifelhaft fest, daſs dieselben *schon im embryonalen Zustande entstanden* sind und später von der Urethra isoliert oder zugleich mit dieser infiziert werden können. Von diesen bekannten Fällen unterscheiden sich diejenigen, in denen *infolge der gonorrhoischen Entzündung* Gänge entstehen. Wir kennen viele andere diesen Gängen ähnliche Fistelbildungen.

Was die ferneren pathohistologischen Veränderungen betrifft, so sind als die wichtigsten folgende Befunde hervorzuheben. In den *präformierten*, d. h. also *schon im Embryonalzustande entstandenen Gängen* können, wenn dieselben mit Gonokokken infiziert werden, im Epithel, aber auch tiefer (Fall von Lanz), Gonokokken

nachgewiesen werden. Sehr charakteristisch ist aber der im Gange infolge der Gonokokken (und anderer Kokken) vor sich gehende Prozeſs.

Man kann nämlich bemerken, daſs unter den corpora papillaria stellenweise sehr starke, kleinzellige Infiltration auftritt, Leukocyten, aber namentlich Lymphocyten, dichte Gruppen bilden. Die Lymphocyten dringen in der Richtung des Epithels bezw. zwischen die Zellen des Epithels vor. Es beginnen also alle Erscheinungen des Entzündungsprozesses: die entzündliche Infiltration, dann die Zerstörung der Gewebselemente, indem anfangs die basalen Zellen des Rete MALPIGHI sich teils abgelöst haben, teils zu Grunde gegangen sind, bald dort, wo die Entzündung einen höheren Grad erreicht hat, die kleinzellige Infiltration gröſseren Raum einnimmt und vom Rete selbst nur wenige Zellen zurückbleiben, ist (s. Fig. 3) der mit dem Epithel bekleidete Gang in den Schnitten, die aus dem unteren

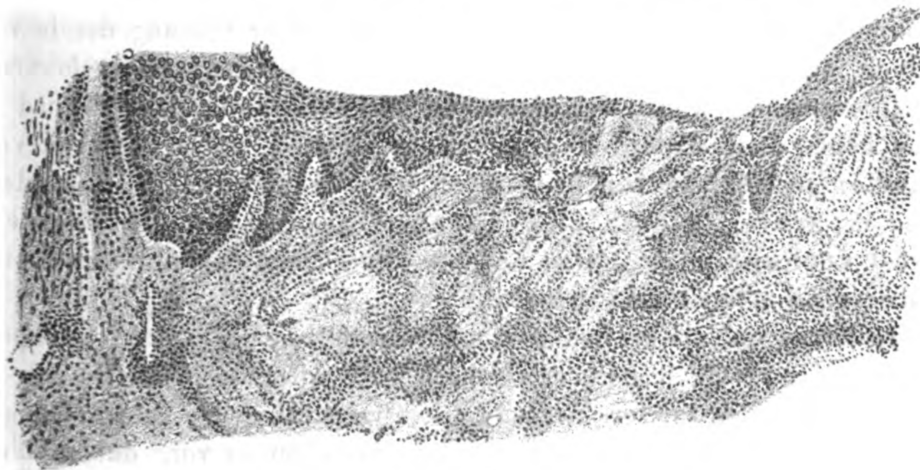


Fig. 3.

zentralen Teile des Ganges herrühren, unterbrochen, das Epithel schon stellenweise ganz vernichtet und fehlt. Hie und da sind die obersten Epithelzellen an diesen Stellen noch zu sehen, teils sind deren Konturen in einigen Schnitten schon gänzlich verloren gegangen. Überall trat die obenerwähnte entzündliche Infiltration auf. Bald gehen an mehreren Stellen die noch vorhandenen Teile der Corpora papillaria zu Grunde. Und dort, wo die Entzündung den höchsten Grad erreicht hat, wo die Corpora papillaria, das über derselben befindliche Epithel, sowie das Bindegewebe unter dem Epithel zu Grunde gegangen sind, dort entwickelt sich der Absceſs, was sich klinisch in Knotenbildung äuſsert. Der Absceſs bricht bald auf, und auſser eitrigem Sekret wird, wenn der Gang schon früher mit der Harnröhre in Verbindung gestanden hat, der gonorrhoische Fluſs frei. Die Entzündungserscheinungen bilden sich nach dem Aufbrechen

des Abscesses langsam zurück. Wenn wir einen Gang in diesem Stadium bezw. die mit demselben zusammenhängenden Gewebe untersuchen, so finden wir, daſs dann die Lymphocyten in geringerer Zahl vorhanden sind, die Fibroblasten zunehmen u. s. w. In einem solchen Stadium zeigen sich dort, wo das Epithel des paraurethralen Ganges noch normal ist, unter dem Epithel, aber ebenso auch im Epithel die Erscheinungen der entzündlichen Infiltration. Später zeigt der in dem Gewebe um den Gang sich abspielende Granulationsprozeſs die gewöhnlichen pathohistologischen Erscheinungen. Was für die präformierten Gänge gilt, kann im ganzen und groſsen auch von den auf dem Wege der Entzündung gebildeten Gängen gesagt werden. Hier führt natürlich die Entzündung gleichfalls zu Absceſsbildung, wonach sich eine Fistel entwickeln kann, die ein den übrigen Fistelgängen ähnliches Verhalten zeigt. Oft können bei gonorrhoischer Erkrankung der präformierten Gänge nach spontaner oder künstlicher Öffnung der in Verbindung mit dem gonorrhoischen Prozeſs entstandenen Abscesse gleichfalls Fisteln entstehen, wobei sich dann der nicht ungewöhnliche Befund ergeben kann, daſs auſser dem erkrankten und gonorrhoisch veränderten präformierten paraurethralen Gang noch eine andere (oder mehrere), gleichfalls durch Entzündung entstandene Fistel vorhanden ist. Die beiden oben erwähnten Krankheitsbilder sind also kombiniert.

In Bezug auf die bei den paraurethralen Gängen üblichen therapeutischen Eingriffe bemerken wir noch kurz folgendes: Zur Beseitigung des Ganges wurden mit der Ahnel-Spritze vorzunehmende Eintröpfelungen von Argentum nitricum empfohlen. Andere gehen so vor, daſs sie das Ende eines feinen, aber widerstandsfähigen Kupferdrahtes an der Flamme erhitzen, dann über einen Lapisstift ziehen und das Ende des mit Lapis bestrichenen Drahtes in die Fistel einführen. In vielen Fällen versagen jedoch alle diese Verfahren, und darum ist es praktischer, den Gang auf galvanokaustischem Wege auszubrennen oder, was noch richtiger ist, dort, wo es möglich ist, denselben mit einem keilförmigen Schnitte herauszuschneiden, bezw. auf den Knoten zu schneiden und die Wundränder zuzunähen.

Zum Schlusse erfülle ich eine angenehme Pflicht, indem ich Herrn Professor Otto Pertik, in dessen Institut mir die histologischen Untersuchungen vorzunehmen gestattet waren, meinen herzlichsten Dank ausspreche.

Literatur.

1. Feleki, *Pathologie und Therapie der Geschlechts- und Harnorgane*. 1894.
2. S. Róna, *Lehrbuch der venerischen oder Geschlechtskrankheiten*.
3. Wolff, *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten*. 1893.
4. Finger, *Lehrbuch*.
5. M. v. Zeissl, *Lehrbuch der venerischen Krankheiten*. 1902.
6. Jadassohn, *Deutsche med. Wochenschrift*. 1894.
7. Ehrmann, *Wiener med. Presse*. 1895. *Wiener klin. Wochenschr*. 1896.
8. Janet, *Annales des maladies des organes génit.-urin*. 1901. No. 8.
9. Guerin, *Monatshefte f. prakt. Derm*. Referat.
10. Oedmanson, *Deutsche med. Wochenschr*. 1894 im Artikel von Jadassohn.
11. Pontopiddan, Ebenda und *Monatshefte f. prakt. Derm*. 1895.
12. Touton, *Archiv f. Dermat. u. Syph*. 1889.
13. Crippa, Referat in den *Monatsheften*.
14. Pezzoli, *Neumanns Festschrift*. 1900.
15. Fabry, *Monatshefte f. prakt. Derm*. 1891.
16. Jesionek, *Annalen der städtischen Krankenhäuser*. München 1895.
17. Jadassohn, *Deutsche med. Wochenschr*. 1890.
18. Peter Róna, *Archiv f. Dermat. u. Syph*. 1897.
19. Feleki, Die Urethritis externa bei Männern. *Gyógyászat*. 1892.
20. Reichmann, *Archiv f. Dermat. u. Syph*. 1899.
21. Horvath, Ebenda. 1898.
22. Lanz, Ebenda. 1901.
23. Touton, *Berliner klin. Wochenschr*. 1892.
24. P. Róna, *Archiv f. Dermat. u. Syph*. 1892.
25. Paschkis, *Archiv*. 1902.
26. *Neumanns Festschrift*. 1902.
27. Fick, *Dermatolog. Zeitschr*. 1902.
28. Audry, *Monatshefte f. prakt. Derm*. 1902.

Von den älteren Autoren sind noch einige in der Arbeit von P. Róna erwähnt.

Aus der Praxis.

Eine Notiz über die Anwendung der Pappenheim-Unnaschen Protoplasmafärbung bei der Färbung der Gonokokken.

Von

Dr. Franz Krzysztalowicz,
Privatdocent in Krakau.

Wie Unna[1] habe ich auch in den letzten Monaten die im Titel bezeichnete Methode — wegen des guten Farbenkontrastes — bei der Färbung des gonorrhoischen Eiters angewendet. Als ich aber anfangs die nach Unnascher Vorschrift[2] vorbereitete Flüssigkeit benutzt habe, waren die Resultate nicht befriedigend. Bei der Färbung mit der eben erwähnten Flüssigkeit durch zehn bis zwölf Sekunden (wie ich das bei pol. Methylenblaufärbung zu tun pflege), erhielt ich Bilder, welche zur schnellen Untersuchung unbrauchbar waren, weil die Leukocytenkerne sehr schwach grünlich und die Gonokokken schwach rötlich gefärbt wurden, — bei Erwärmen aber durch dieselbe Zeit mit Spiritus- oder Gaslampe traten die Leukocytenkerne deutlich in grünlicher Farbe, die Gonokokken purpurrot hervor. Ich spülte immer in diesen Fällen den Farbstoff mit Wasser ab und trocknete das Präparat. — Denselben Effekt erhielt ich auch dann, wenn ich anstatt Erwärmen des Farbstoffes auf dem Präparate denselben länger (10—15 Minuten) einwirken liefs und erst nachher mit Wasser abspülte. Der Kontrast der Farben war in diesem Falle am deutlichsten, denn die purpurrot gefärbten in den Leukocyten liegenden Gonokokken hoben sich von dem rosarot gefärbten Zellplasma und grünlich-bläulich gefärbten Zellkernen stark ab.

Bei längerem Erwärmen (eine Minute) und nachherigem Abspülen mit Alkohol war der Kontrast nicht so deutlich, denn die Leukocytenkerne wurden mehr violett und das Zellplasma mehr rötlich tingiert.

Man hat aber nicht immer die Spirituslampe bei der Hand, so dafs die Notwendigkeit des Erwärmens der Präparate eigentlich etwas Nachteiliges bei der Färbung bildet, — deshalb habe ich versucht, um schnellere Färbung zu gewinnen, zur Flüssigkeit mehr Karbolsäure zuzusetzen, was für Eiterpräparate keine unangenehmen Folgen hat, welche man in Schnittpräparaten zu vermeiden sucht. Die auf diese Weise erzielte Färbung

[1] *Deutsche Medizinal-Zeitung.* 1902. No. 69.
[2] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1902. Bd. 35.

war ebensogut wie dann, als ich die an Karbolsäuregehalt ärmere Flüssigkeit durch einige Sekunden wärmte. Das Bild war folgendes: Die Leukocytenkerne färbten sich hellgrünlich, das Plasma derselben leicht rosa, die Epithelien hoch rosa und ihre Kerne blau violett; die Gonokokken traten deutlich purpurrot hervor.

Die von mir gebrauchte Flüssigkeit war folgendermaſsen zusammengesetzt: Methylengrün 0,15, Pyronin 0,25, Alkohol 2,50, Glycerin 20,0, 2 %iges Karbolwasser ad 100,0. — Auf das getrocknete Eiterpräparat gab ich einige Tropfen von dieser Flüssigkeit, spülte es nach 20—30 Sekunden gut mit Wasser ab und trocknete es wieder. Und da ich bei Schnellpräparaten den Trippereiter gewöhnlich auf dem Objektglase ausbreite und, ohne mit dem Deckglase zuzudecken, mit Öl-Immersion untersuche, — so wird der ganze Vorgang, ein Präparat herzustellen, auf die Dauer kaum einer Minute reduziert.

Für die schnelle Orientierung über das Vorhandensein und die Menge der Gonokokken können auch Trockensysteme gebraucht werden, — dann muſs natürlich das Präparat (mit Balsam) mit dem Deckglas zugedeckt werden. Zu diesem Zwecke kann keine andere Färbemethode so gute und klare Bilder liefern, denn die Gonokokkenhaufen heben sich auch hier, obwohl bei schwächerer Vergröſserung, sehr deutlich vom kontrastierenden Hintergrunde ab.

Freilich hat jeder, der genötigt ist, oft die Trippersekretion schnell zu untersuchen, sein gewohntes Verfahren, welches ihn befriedigt — und wird daher einer jeden neuen Methode ein gewisses Miſstrauen entgegengebracht —, doch bietet die oben geschilderte Methode so groſse Vorzüge, daſs, wer sie nur eine Zeitlang angewendet, gewiſs zu keiner anderen zurückkehren wird.

Ich wende die Pappenheim-Unnasche Methode auch bei Färbungen von Mikrobien in den Geweben an, — besonders Mikrobien, welche die Gramsche Methode nicht färbt. Die bisher erzielten Resultate können als vollständig befriedigend gelten, wie das schon Unna im oben erwähnten Artikel behauptet.

Bemerkung zu obigem Artikel.

Von

P. G. Unna.

Ich kann die Resultate von Dr. Krzysztalowicz vollinhaltlich bestätigen. In meinem Laboratorium ist zur Färbung der Gonokokken ebenfalls eine Mischung von Pyronin und Methylgrün mit 2%igem Karbolwasser gebräuchlich, dieselbe Mischung nämlich, welche früher für Schnitte sich unbrauchbar erwiesen hatte, da der zu hohe Karbolgehalt die Schnitte häufig zum Schrumpfen brachte. Ich kann daher die Formel von Krzysztalowicz zur Gonokokkenfärbung nur empfehlen.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XIII, Heft 10—12 und Band XIV, Heft 1.

Über die Brauchbarkeit der Hefegärung zum Nachweise des Traubenzuckers im normalen Harn, von Malfatti. Verfasser muſs in Verfolg seiner Kontroverse mit Lohnstein zugeben, daſs Hefe kleinste ihr zur Verfügung stehende Zuckermengen vergärt. Er schiebt die von ihm behauptete Unsicherheit der Gärprobe auf die Absorption der Kohlensäure durch die einfachsauren Phosphate des Urins und auf die Giftwirkung des Urins auf die Hefezellen. Eine sichere Methode zur Bestimmung des wahren Zuckergehalts normaler Urine hat er noch nicht gefunden, jedenfalls hält er mit Lohnstein diesen Zuckergehalt für bedeutend geringer, als allgemein angenommen wird.

Die Sonderung des Urins der beiden Nieren, von Luys. Da der Katheterismus der beiden Ureteren nicht immer möglich, auch nicht immer unschädlich ist, ferner gelegentlich zu Irrtümern Veranlassung geben kann, so suchte Verfasser die Instrumente zu verbessern, die ein Abteilen der Blase in zwei getrennte Abteilungen bewerkstelligen, wie sie von Neumann, Harris und Downes angegeben sind, und deren Anwendung ein Empordrücken des Blasengrundes von der Vagina, bezw. vom Rektum aus bewirken. Angenehmer für die Patienten ist die vom Verfasser befolgte Methode: den Blasengrund nach abwärts zu drücken und eine biegsame Scheidewand zwischen den Ureteren herzustellen. Zu dem Zwecke konstruierte er ein Instrument, welches aus zwei Metallkathetern und einem Mittelstück von Béniqué-Krümmung besteht. Das Mittelstück trägt an seinem konkaven Teil, gleichsam die Sehne des Bogens darstellend, eine Kette, die sich an- und entspannen läſst. Es ist mit einem Kautschuküberzuge versehen, der bei Spannung der Kette die Scheidewand bildet. Verfasser hat das Instrument ca. 50 mal erprobt.

Nierenreizung durch Phloridzin, von Pielicke. Bei einer zu diagnostischen Zwecken vorgenommenen Phloridzininjektion von 5 mg sah Verfasser Epithelcylinder und starken Blutgehalt im Urin auftreten, der allerdings nach drei Tagen schwand, aber immerhin die Phloridzinprobe doch nicht so ganz harmlos erscheinen läſst.

Ein Fall von epidermoidaler Metaplasie der Harnwege, von Stockmann. Die Patientin entleerte, nachdem sie unter den Erscheinungen einer akuten Cystitis und Pyelitis erkrankt war, eine Membran von 9 cm : 3½ cm : 1 mm Gröſse, von pergamentartiger Oberfläche und ziemlich derber Beschaffenheit, die sich mikroskopisch als aus verhornten Epithelzellen bestehend erwies. Cystoskopisch fand Verfasser die Blase frei, die rechte Urethralmündung um das dreifache vergröſsert. Er nahm daher an, daſs die Membran aus dem Nierenbecken stamme, und richtete danach die Behandlung ein, die in Argentum nitricum-Injektionen in das Nierenbecken bestand und rasch zum Ziele führte.

Urologische Kasuistik, von Kreps. Der als Oedema bullosum vesicae beschriebene Fall zeigte im Cystoskop den linken Blasenboden dick besetzt mit durchscheinenden, erbsengroſsen Bläschen von gelbrotem Inhalt; dieser Befund deutet auf einen Entzündungsherd in der Nachbarschaft, und in der Tat fand man einen pflaumengroſsen Tumor, ausgehend von der linken Samenblase.

Ein zweiter Fall, als Leukoplakia vesicae diagnostiziert, ergab neben den Anzeichen einer leichten Cystitis einen markstückgroſsen, runden, weiſsen, glänzenden

Fleck an der vorderen Blasenwand, der durch die Behandlung nicht verändert wurde. Zu fürchten ist ein Übergang der Leukoplakie in Carcinom.

Sodann teilt Verfasser noch einige Erfahrungen über die Nützlichkeit des Ureterenkatheterismus mit in therapeutischer Beziehung (Auswaschung des Nierenbeckens) oder prophylaktisch (Schutz der Ureteren gegen Anschneidung bei gynäkologischen Operationen).

Zur Therapie der Erkrankungen der Hoden und deren Adnexe, von Zabludowski. Verfasser beschreibt in diesem ersten Teil seiner Arbeit die verschiedenen Anwendungsformen der Massage bei Erkrankungen der männlichen Genitalien; sie ruft Blutdruckschwankungen hervor, wirkt mifsstimmend etc.; in Betracht kommen: Umschnürungen von Penis und Scrotum, Melkungen, Auswringungen und diskontinuierliche Ausdrückungen der Hoden.

Über die Ausscheidung der in die arterielle Blutbahn injizierten Bakterien durch die Niere, von P. Asch. Auf Grund zahlreicher an Hunden mit Bacterium coli commune und Bacterium laetis aërogenes angestellter Versuche kommt Verfasser zu den Schlüssen, dafs die normale Niere keines dieser Bakterien ausscheidet, und dass jede Ausscheidung dieser Mikroorganismen mit dem Urin auf eine Erkrankung des uropoetischen Systems hinweist.

Ein cystoskopischer Demonstrationsapparat, von Kutner und Köhler. Auf das Cystoskop wird statt des Okulars ein Apparat aufgeschraubt, der aus zwei rechtwinklig von einander abgehenden Fernrohren besteht, die die Beobachtung des cystoskopischen Bildes durch zwei verschiedene Untersucher gestatten; die Teilung des Lichtstrahls wird durch einen im Kreuzungspunkt der Fernrohre unter einem Winkel von 45 Grad aufgestellten, planparallelen, durchsichtigen Spiegel bewirkt, der die Lichtstrahlen teils durch das eine Fernrohr durchläfst, teils in das andere reflektiert

Zur Diagnostik der Spermatocystitis, von Albert Mayer. Manchmal findet man eine Erkrankung der Samenblasen, trotz negativen Palpationsbefundes: ein bestimmtes Abhängigkeitsverhältnis zur Epididymitis liefs sich nicht feststellen. Eine Spermatocystitis catarrhalis kann man dann annehmen, wenn palpatorisch mäfsige Schwellung und im Sekret wenige Eiterkörperchen mit und ohne Gonokokken gefunden werden; Spermatocystitis fibrosa ist zu diagnostizieren, wenn schmerzhafte Stränge in der Samenblasengegend zu fühlen sind; die eitrige Spermatocystitis (Samenblasenempyem) ist äufserst selten.

Eine Diskussion über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von Bransford Lewis. Auf Grund eines ausgiebigen, durch gute Modelle illustrierten Materials kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Für den hohen Blasenschnitt eignen sich die Fälle von allgemeiner Hypertrophie der Prostata mit besonders starkem Hervorragen des medianen oder der lateralen Lappen in die Blase, und die mit ausgeprägter Stielung des intravesikalen Tumors. Für das Vorgehen vom Perineum aus eignen sich die Fälle von allgemeiner Hypertrophie ohne stärkeres Hervorragen nach der Blase, ferner das Vorhandensein eines grofsen und dicken Balkens und beträchtliche Kompression der Urethra zwischen den lateralen Lappen, ferner starke Entwicklung der Prostata nach dem Rektum zu, endlich günstiger Allgemeinzustand des Kranken, wenn keine Indikation für eine andere Methode vorliegt. Geeignet für die Bottinische Operation sind Fälle von schlechtem Ernährungszustand, die einer eingreifenden Operation nicht gewachsen sind, Fälle mit Balkenbildung oder medianer, seniler Hypertrophie, wenn diese nicht zu stark ist; ferner unvollständige Halsbandbildung; endlich ist Bottini prophylaktisch zu empfehlen gegen weitere Zunahme der Hypertrophie, sobald der Gebrauch eines Katheters nötig wird.

F. Hahn-Bremen.

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band I, Heft 3.

1. **Geschlechtskrankheiten und Krankenkassen**, von Uhlmann-Leipzig. Im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten sind die Krankenkassen jeder Art, welche 9200000 Menschen im Deutschen Reiche umfassen, zur Mitarbeit besonders berufen. Leider legt ein grofser Teil derselben die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes, wie sie die Paragraphen 6a und 26a enthalten, zu Ungunsten der geschlechtskranken Mitglieder aus. Eine Umfrage bei 45 Ortskrankenkassen Deutschlands hat ergeben, dafs 40% derselben Krankengeld auch an Venerische zahlen, dafs 30% zwar die Beschränkung auf freie Arznei und Behandlung mit Ausschlufs des Krankengeldes zwar in den Satzungen haben, aber in der Praxis doch auch an Geschlechtskranke Krankengeld zahlen und dafs nur 30% der befragten Ortskrankenkassen das letztere bei Venerie verweigern. Schon 1899 hat die Jahresversammlung des Zentralverbandes der Ortskrankenkassen beim Bundesrat um Abschaffung der rigorosen Bestimmungen obenerwähnter Paragraphen petitioniert. Die Novelle zum Invaliditätsgesetz von 1899 bestimmt ja ebenfalls schon, dafs die Krankheitszeit an Venerie auf die Wartezeit bei der Invalidenrente jetzt in Anrechnung kommen darf. Alle Zeichen deuten darauf hin, dafs die Behörden geneigt sind, die Geschlechtskranken mehr und mehr von Ausnahmebestimmungen zu befreien. Zentralisierte grofse Ortskrankenkassen, die leistungsfähig erscheinen, werden auch eher als kleine Kassen in der Lage sein, die vermehrten Ausgaben an Krankengeld zu tragen. Für kleine Kassen kämen unter Umständen Staatsbeihilfen in Frage. Belehrend über die Gefahren der sexuellen Krankheiten haben die deutschen Krankenkassen schon vielfach gewirkt. Es sei nur an Blaschkos und Silbers im Auftrage oder auf Anregung von Kassen herausgegebene Broschüren erinnert. Für die Angehörigen der Nahrungs- und Genufsmittelgewerbe, sowie für Glasbläser, Barbiere und Friseure, welche an Syphilis leiden, will der Verfasser Spitalzwang einführen. Der Arzt mufs befugt werden, einmal syphilitisch gewesene Personen dauernd überwachen zu dürfen; ferner sind kassenärztliche Ambulatorien in Verbindung mit den Krankenhäusern anzustreben, ebenso die Anlegung einer Kassenzwangsstatistik betreffs Morbidität und Mortalität. Wo die Kassen nicht herangezogen werden können, ist jeder Geschlechtskranke auf Antrag unentgeltlich im Spital zu behandeln, ohne dafs der Kranke deshalb als Empfänger einer Armenunterstützung angesehen werden darf. In die Mitgliedsbücher der Krankenkassen wäre übrigens ein Hinweis sehr angebracht, der den Kranken bei Lungen- wie Geschlechtsleiden das sofortige Aufsuchen ärztlichen Rates dringend empfiehlt.

2. **Die gesundheitlichen Gefahren der Prostitution und deren Bekämpfung**, von E. Lesser-Berlin. Die Zahl der Ansteckungsgelegenheiten herabmindern, heifst die Abnahme der Geschlechtskrankheiten befördern. Es geschieht das einerseits durch Beschränkung des extramatrimoniellen Verkehrs, was wohl hauptsächlich durch moralische Einflüsse, durch Hebung des ethischen Niveaus des Volkes möglich ist. Andererseits mufs die soziale Lage gebessert werden, denn die materielle Not ist oft die Veranlassung zum aufserehelichen Verkehr. Auch das Zusammenwohnen von Personen beiderlei Geschlechts in engen Wohnungen befördert die Unzucht. Soziale Übel zu bessern ist aber bekanntlich unendlich schwer, denn dazu gehört Ausdauer und Zeit. So lange können wir aber bei der Gröfse der Gefahr, die von den sexuellen Leiden droht, nicht warten und wir müssen neben jenen Bestrebungen, die eben genannt wurden, auch nach direkten Mitteln uns umsehen, die den Seuchen des Geschlechtslebens Einhalt zu gebieten vermögen. Es sind dies gesundheitliche Mafsnahmen prophylaktischer Art, die sich hauptsächlich gegen den Urquell der Geschlechts-

krankheiten, gegen die Prostitution richten. Alle Ansteckungen zufälliger Art müssen gegen die dem Verkehr mit der Prostitution entstammenden zurücktreten. Jede Prostituierte erkrankt einmal oder öfter an sexuellen Affektionen. Bei der Chronicität und Heimtücke dieser Leiden ist die Gefahr der Ansteckung bei einer Prostituierten eigentlich permanent vorhanden. Man mufs darum streben, die sanitären Verhältnisse in der Prostitution zu bessern. Die augenblicklichen Mafsnahmen sind lächerlich ungenügend. 5000 Dirnen werden in Berlin regelmäfsig untersucht, die etwa 20000 freien, heimlich sich prostituierenden Frauen entbehren der ärztlichen Beobachtung. Und davon leidet ein grofser Teil an geschlechtlichen Krankheiten, zum Teil ohne es zu wissen, da die Leiden vielfach keine oder fast keine Beschwerden verursachen. Nach Barthélemy fanden sich unter 100 ins Pariser Lazarus-Krankenhaus eingelieferten Mädchen solche, die schon seit Monaten an ihrer Krankheit litten. Der Durchschnitt der Krankheitsdauer vor der Spitalaufnahme betrug 30 Tage. Und dabei hatten 81 von diesen Frauen bis kurz vorher noch Geschlechtsverkehr ausgeübt. Der Grund zu dieser Verheimlichung des Leidens ist meist die Furcht vor der Berührung mit der Sittenpolizei. Letztere ist verbesserungsbedürftig. Wodurch läfst sich nun der Gesundheitszustand unter den heimlich sich Prostituierenden verbessern? Man hat vorgeschlagen, möglichst viele Frauen zu reglementieren und die Sittenpolizei ganz abzuschaffen. Dafür wäre allen Kranken die Gelegenheit zu geben, sich weitgehendst behandeln und in Krankenhäuser aufnehmen zu lassen. Der erste Vorschlag ist utopisch. Die ganze, ja den gröfsten Teil der freien Prostitution zu inskribieren, ist eine finanzielle wie technische Unmöglichkeit. Auch würde uns das Vertrauen täuschen, dafs diese Art Frauen, wenn erkrankt, spontan die Behandlung des Arztes aufsuchen würden. Lesser schlägt vermittelnd vor, die Sittenpolizei von Grund aus verbessert beizubehalten und daneben Gelegenheit zur unentgeltlichen Behandlung der Anhänger der freien Prostitution zu schaffen. Hier hätte nur das sanitäre Moment zu sprechen. Es dürfte keine Anzeige an die Polizei erfolgen. Im Gegenteil müfsten diese dort behandelten Frauen vor der Sittenpolizei eben durch ihre Behandlung an solcher Stelle geschützt sein. Es hätte das eine Art Poliklinik für geschlechtskranke Weiber zu sein, die freie geheime Prostitution treiben. Vielleicht bildet diese Einrichtung die Vorstufe zur gänzlichen Aufhebung der Sittenpolizei.

Hopf-Dresden.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1902. Heft 12. — 1903. Heft 1.

Über die frühzeitige, energische Behandlung der Syphilis mit intravenösen Sublimateinspritzungen, von Tommasoli-Palermo. T. hat seine Methode der intravenösen Einspritzungen von Sublimat im Laufe der Jahre noch weiter ausgebildet und vervollkommnet und berichtet jetzt darüber.

Wirksam ist diese Abortivbehandlung der Syphilis nur, wenn sie recht frühzeitig unternommen wird; die Ansteckung darf nicht weiter als 40 bis höchstens 45 Tage zurückliegen. T. spritzt zurzeit 0,015—0,02 Sublimat ein und wiederholt diese Einspritzungen so lange möglich jeden Tag. Nach Aussetzen dieser Kur wird die Quecksilberbehandlung noch eine Zeitlang in Form von Einreibungen, innerer Medikation u. s. w. fortgesetzt. Mundschleimhaut und Allgemeinbefinden erfordern während der ganzen Zeit die allersorgfältigste Überwachung.

Dies Verfahren, das von T. seit 1896 geübt wird, hat ihm sehr günstige Ergebnisse geliefert. Von 44 während dieser Zeit behandelten Patienten hat es ihn nur bei acht ganz im Stich gelassen; bei sechs ist mit Wahrscheinlichkeit, bei 30 mit Sicher-

heit völlige Heilung erreicht worden. — Üble Nebenwirkungen lassen sich bei der nötigen Sorgfalt vermeiden.

Zum Schlufs seiner interessanten Arbeit wirft der Verfasser eine Reihe von Fragen auf, die aus dem von ihm geübten Verfahren der starken, intravenösen Sublimateinspritzungen gewissermafsen hervorwachsen.

Die Purpura und ihre klinischen Modalitäten im Verhältnis zur Histologie des Blutes, von E. Lenoble-Brest. L. versucht, auf Grund des Blutbefundes, eine neue Einteilung der verschiedenen Formen der Purpura zu geben. Er unterscheidet zwischen einer Purpura vera einerseits und einer Purpura falsa haemorrhagica andererseits, letztere wieder in ein „Exanthème purpurique à réaction myélocytaire attenuée" und in „Eruptions purpuriques banales" zerlegend.

Die Purpura vera zeichnet sich vorzüglich durch zahlreiche Hämorrhagien in sämtliche Körperorgane aus und verdient deshalb auch den Namen Purpura haemorrhagica. Bei starken inneren Blutungen kommt der Patient sehr herunter und gewinnt ein wachsbleiches Aussehen. Leber, Milz und Drüsen werden nie hypertrophisch gefunden. Die Krankheit kann zum Tode führen. L. unterscheidet vier Formen, eine akute, eine chronische, eine subakute prolongierte und eine subakute ganz leichte Form mit raschem Verlauf. Kinder und junge Leute werden fast ausschliefslich von dieser Purpura vera befallen. Ihre Ätiologie liegt noch ziemlich im Dunkeln; schlechte Ernährungsverhältnisse und ungesunde Lebensbedingungen scheinen eine Hauptrolle zu spielen. Der Verfasser vermutet eine Schädlichkeit gastro-intestinalen Ursprungs, von der das Blut und die blutbereitenden Organe angegriffen werden. Von letzteren kommt vermutlich nur das Knochenmark in Frage; Milz, Leber und Drüsen haben höchstwahrscheinlich mit dieser Purpura nichts zu schaffen. Deshalb möchte L. sie auch Purpura myeloides nennen. — Bei ihr nun ist der Blutbefund immer der nämliche und ein ganz spezifischer: 1. Das Blutkoagulum kontrahiert sich nicht und es kommt zu keiner Absonderung von Serum. 2. Die myeloide Reaktion ist, wenn auch in wechselnder Stärke, so doch regelmäfsig vorhanden. 3. Die Hämatoblasten weisen tiefgehende Veränderungen auf, sind in ihrer Zahl vermindert, in ihrem Umfang vermehrt und in ihrem Bau gründlich verändert. Andere Eigentümlichkeiten des Blutbefundes bei der Purpura vera haben einen weniger beständigen Charakter.

Bei der Purpura falsa haemorrhagica handelt es sich mehr um eine Neigung zu Hämorrhagien, ohne dafs solche wirklich auftreten. Anämie ist so gut wie gar nicht vorhanden, dagegen treten die purpurfarbigen Exantheme, namentlich an den unteren Extremitäten, mehr hervor. Auch Anfälle von Gelenkentzündungen sind bei dieser Form nicht selten; daneben läfst sich bei ihr ein gewisses epidemisches Auftreten erkennen. — Der Blutbefund ist hier ein mehr schwankender, doch finden sich immerhin einige Symptome ziemlich regelmäfsig; so ist eie Serumausscheidung des Blutkuchens fast immer in normaler Weise vorhanden; Myelocyten, meistens neutrophile, selten nur eosinophile, fehlen niemals, doch weisen sie immer einen etwas veränderten Bau auf: die Hämatoblasten sind normal und zahlreich vorhanden; es kann zu leichter Leukocytose kommen.

Die cytologische Untersuchung des Liquor cerebro-spinalis bei den Syphilitischen, von Paul Ravaut-Paris. Nachdem die Lumbalpunktion in die Therapie schwerer meningitischer Prozesse eingeführt war, fing man auch bald an, sich ihrer zu diagnostischen Zwecken zu bedienen, und die vorliegende Arbeit fafst das Ergebnis zahlreicher Untersuchungen zusammen, die an der Cerebrospinal-Flüssigkeit Syphilitischer vorgenommen sind. Das Gesamtergebnis dieser Untersuchungen gipfelt in den Sätzen, dafs bei allen Syphilitikern, die abseiten ihres Nervensystems frische Symptome

boten, der Liquor cerebro-spinalis einen pathologischen Reichtum an zelligen Elementen bot, und daſs andererseits dieses Vorhandensein von Zellen oft das einzige oder das erste Symptom einer beginnenden Meningitis auf syphilitischer Grundlage darstellte.

Am seltensten fand sich das Symptom bei Kopfschmerzen der Syphilitiker, wenn jede andere Störung des Nervensystems fehlte, so daſs die Kopfschmerzen in diesen Fällen wohl auf andere Ursachen, Hysterie, Neurasthenie u. s. w. zrrückzuführen sind. — Eine starke Lymphocytose des Liquor cerebro-spinalis fand sich vielfach bei Hemiplegia syphilitica, so daſs man umgekehrt aus dem Vorhandensein einer Lymphocytose mit einigem Recht auf die syphilitische Natur der Hemiplegie schlieſsen darf. — In zwei Fällen von Iritis syphilitica fand Verfasser den Liquor unverändert; doch bestand in beiden Fällen die Iritis schon längere Zeit. Dagegen fand sich eine ausgesprochene Lymphocytose in mehreren Fällen von luetischer Neuritis optica. Interessant ist auch, daſs sich das Symptom bei zwei heredo-syphilitischen Kindern zeigte, deren eines an Kopfschmerzen, das andere an cerebrospinalen Störungen litt; ein drittes erblichluetisches Kind, das sich ganz wohl fühlte, hatte auch einen normalen Liquor.

Auch bei der Tabes und der progressiven Paralyse hat sich die Lymphocytose des Liquor cerebro-spinalis als eine zuverlässige Begleiterscheinung erwiesen, so daſs Joffroy und Mercier zu dem Ausspruch gelangt sind, der Verdacht auf Paralyse stehe und falle mit jenem Symptom. — Auf jeden Fall ist die Cytodiagnose ein weiteres wichtiges Hilfsmittel zur Stellung der Diagnose und zur Einleitung einer zweckmäſsigen Therapie.

Porokeratosis papillomatosa palmaris et plantaris, von Ch. Mantoux-Paris. Der Verfasser beschreibt eine eigentümliche Form von Porokeratosis. Der Fall, von dem er ausgeht, betraf ein 22jähriges Mädchen, bei dem sich seit kurzer Zeit eigentümliche Knötchen auf den Handflächen bildeten. An diesen Knötchen werden fünf Entwicklungsstadien unterschieden. Sie bestehen aus einem anfangs stecknadelkopfgroſsen Tumor von hornartiger Beschaffenheit, sitzen in der Tiefe der Epidermis und sind durchscheinend und bernsteinfarben wie die Perlen der Dyshidrose. Allmählich entsteht in ihrer Mitte ein schwarzer Punkt, der sich zu einer Vegetation mit verschiedenen Ausläufern auswächst; die umgebende Epidermis erfährt dabei entsprechende Veränderungen. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daſs die kleinen Gebilde Papillome darstellen, einerseits mit hämorrhagiparen Gefäſserweiterungen, andererseits mit einer atypischen Proliferation des Rete Malpighii und mit umschriebener Hyperkeratose.

Die Ätiologie dieser Porokeratose liegt noch ganz im Unklaren; die bakteriologische Fahndung fiel völlig leer aus.

Sie gehört in die Gruppe der Porokeratosis punctata, die bei der Syphilis, beim Lichen planus, beim Naevus und anderen Dermatosen beobachtet wird. — Verfasser konnte in der Literatur bis jetzt nur zwei gleiche Fälle auffinden.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1902. Heft 11.

1. **Über die therapeutische Anwendung des Adrenalin bei Krankheiten der Harnorgane**, von Bartrina. Das Adrenalin, von dem in der operativen Rhinologie zurzeit vielfacher und erfolgreicher Gebrauch gemacht wird, dürfte sich nach der Überzeugung B.s in der Urologie zur Verwendung bei kleinen chirurgischen Eingriffen, wie Circumcision, Erweiterung der Harnröhrenmündung, Abtragung von Vegetationen etc.,

außerdem aber zu diagnostischen Zwecken eignen, z. B. zur Unterscheidung zwischen Blasen- und Nierenblutung. Wenn nämlich nach einer Instillation von Adrenalin in die Blase die Blutbeimengung für einige Zeit aus dem Harne verschwindet, so ist erwiesen, daß das Blut aus der Blase und nicht aus der Niere stammt. Ferner wird sich die cystoskopische Untersuchung durch Applikation von Adrenalin wesentlich erleichtern lassen; ALBARRAN hat das Mittel zu diesem Zwecke bereits mit Erfolg angewendet. Eine viel größere Bedeutung aber kommt dem Adrenalin bei der Behandlung der Harnröhrenstrikturen zu. Denn durch Instillationen von Adrenalin lassen sich die beiden Erscheinungen beseitigen, welche in vielen Fällen die Striktur komplizieren und die Einführung von Kathetern auch bei an sich nicht impermeablen Verengerungen erschweren oder selbst unmöglich machen; es sind das die Kongestionszustände und die zu Spasmen führende Hypersensibilität der strikturierten Harnröhre. Daß in einer strikturierten Urethra Kongestionen auftreten können, wird von manchen Autoren bekanntlich geleugnet; der Verfasser hält ihr Vorkommen aber für erwiesen, es sprechen dafür mehrfache anatomische Befunde und zahlreiche klinische Beobachtungen, insbesondere aber auch die Erfolge, welche die Anwendung des Adrenalin aufzuweisen hat. B. ist es in mehreren Fällen gelungen, Strikturen, welche auch für fadenförmige Bougies unpassierbar waren, durch Einspritzung von Adrenalin gangbar zu machen. In Fällen, in denen die Einführung eines dünnen Katheters zwar nicht unmöglich, aber sehr schwierig ist, werden sich die Manipulationen nach Anwendung von Adrenalin für den Arzt bedeutend leichter und für den Patienten viel schonender gestalten. Von großem Vorteile ist ferner der Gebrauch des Mittels in den zahlreichen Fällen, in denen infolge der Hypersensibilität der verengten Harnröhre jeder Versuch, einen Katheter einzuführen, heftige Spasmen und starke Schmerzen auslöst. Die Technik der Applikation ist eine sehr einfache. Man führt eine feine Spritze bis zum Hindernis ein, injiziert dort 1 ccm einer 1 ‰igen Lösung und massiert dann bei zugehaltenem Orificium die Harnröhre ein wenig. Nach 10—15 Minuten sind die Blutleere und Anästhesie am größten. Bei Bedarf kann man zwei, drei und mehr Instillationen nach einander machen. Vier Fälle, über welche der Verfasser Näheres mitteilt, illustrieren die Wirkung des Adrenalin sehr gut. — Wie am Schlusse des Artikels mitgeteilt wird, hat gleichzeitig FRISCH-Wien das Adrenalin ebenfalls bei der Behandlung von Harnröhrenstrikturen verwendet und die gleichen guten Erfahrungen gemacht.

2. **Die Diagnose der Nierensteine mittels der Radiographie,** von J. VERHOOGEN-Brüssel.

3. **Echinococcuscyste der Niere bei fehlender zweiter Niere. Zehntägige Anurie,** von NICOLICH-Triest.

4. **Tödliche Anurie nach einem leichten Trauma,** von LAROCHE. Bei einem 30jährigen Manne, der seit zehn Jahren an einer tuberkulösen eitrigen Coxitis litt, trat plötzlich hochgradige Albuminurie auf, die sich aber unter Milchdiät ziemlich rasch bis auf unbedeutende Spuren verlor. Ungefähr 14 Tage später zeigte sich in der Nähe des kranken Hüftgelenks ein großer Absceß, der unter Kokainanästhesie eröffnet wurde; die Absceßhöhle wurde mit stark verdünnter Naphtollösung ausgespült. Unmittelbar nach der Operation trat Anurie auf, der Kranke entleerte innerhalb der nächsten drei Tage kaum ein Weinglas voll roten, aber nicht bluthaltigen Urins. Am dritten Tage begannen zudem beide Unterschenkel gangränös zu werden, am gleichen Tage trat der Exitus ein. Die Autopsie wurde nicht gestattet, es konnte daher auch die Ursache der Anurie nicht eruiert werden.

1902. Heft 14.

1. **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates,** von NOËL HALLE und BOLESLAS MOTZ. (Heft 13 und 14.) Die Verfasser wollen in einer Reihe von Aufsätzen hauptsächlich auf Grund eigener Beobachtungen und Untersuchungen die pathologische Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates zur Darstellung bringen; sie beginnen mit der ausführlichen Schilderung der Tuberkulose der Pars anterior urethrae. Der vordere Teil der Harnröhre unterscheidet sich nämlich nicht nur embryologisch und physiologisch, sondern auch in seiner Pathologie deutlich von der Pars posterior; insbesondere tritt die Tuberkulose an beiden Abschnitten in ganz verschiedener Weise auf. Die Tuberkulose der Pars posterior läfst sich weder anatomisch noch klinisch von der Tuberkulose der Prostata, der Samenbläschen und des Blasenhalses trennen. Dagegen weist die viel seltener vorkommende, klinisch häufig verkannte Tuberkulose der Pars anterior ganz spezifische Eigentümlichkeiten auf.

Der erste Teil der umfangreichen Abhandlung enthält ein kurzes Resumé der wenigen bisher zu dem Thema erschienenen Arbeiten nebst einer Darstellung der von verschiedenen Autoren beschriebenen Fälle, sowie eine ausführliche Schilderung der von den beiden Verfassern bei der Untersuchung von 13 Präparaten gemachten makroskopischen und mikroskopischen Befunde. Der zweite Teil des Aufsatzes bringt das aus dieser Kasuistik sich ergebende Krankheitsbild.

Als Tuberkulose der Pars anterior urethrae bezeichnen die Verfasser die tuberkulösen Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut selbst, sowie des Corpus cavernosum urethrae nebst seinen beiden terminalen Anschwellungen, dem Bulbus und der Glans. Als Periurethritis dagegen sind die Veränderungen des aufserhalb der fibrösen Scheide des Corpus cavernosum urethrae gelegenen Bindegewebes und der Corpora cavernosa penis zu bezeichnen.

Die tuberkulösen Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut erscheinen als Granulationen (Tuberkeln), Ulcerationen oder diffuse käsige Infiltrationen. Am häufigsten kommen Ulcerationen allein vor, weitaus am seltensten Granulationen allein; in mehreren Fällen wurden gleichzeitig Granulationen und Ulcerationen beobachtet. Granulationen wie Ulcerationen finden sich namentlich in den hinteren Partien der Pars anterior. Die diffusen käsigen Infiltrationen stellen ein Analogon der käsigen Pneumonie dar. Viel seltener als die tuberkulösen Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut sind die des Corpus cavernosum urethrae. Sie entstehen meist sekundär durch Ausdehnung der Schleimhautläsionen in die Tiefe. Die einzelnen Herde können durch Verkäsung und Entleerung ihres Inhalts in die Harnröhre zu interstitiellen, kleinen Kavernen werden; am häufigsten finden sich solche im Bulbus und in der Glans. Auch primäre Veränderungen des Corpus cavernosum urethrae kommen vor, und zwar in Form von Granulationen oder käsigen Infiltrationen; dieselben sind durch eine Zone gesunden oder wenigstens nicht tuberkulösen Gewebes von der Schleimhaut getrennt. Die periurethralen tuberkulösen Veränderungen weisen entweder die Form von circumskripten Tuberkelknoten und kalten Abscessen oder diffusen, unregelmäfsig gestalteten, fungösen, mit käsigem Eiter gefüllten Herden auf. Die kalten Abscesse, die wie die circumskripten Knoten fast stets an der unteren Fläche liegen, können in die Urethra oder nach aufsen oder auch nach beiden Seiten durchbrechen. Die diffusen Herde führen häufig zur Bildung einzelner oder multipler Fistelgänge, die in der Haut des Penis oder des Perineum oder auch im Rektum münden. Tuberkulöse Veränderungen der Corpora cavernosa penis sind sehr selten; sie haben die Form von Knötchen, die erweichen und abscedieren können. Tuberkulose der COWPERschen Drüsen, die von den Verfassern in circa der Hälfte der Fälle gefunden wurde, kommt in folgenden zwei Formen vor: 1. als intrakapsuläre umschriebene Drüsentuberkulose

mit den drei Entwicklungsstadien: tuberkulöse Infiltration, neutrale Erweichung mit Bildung einer Kaverne, Umwandlung in eine Cyste mit käsigem Inhalt. Es kann bei dieser Form zur vollständigen Zerstörung der Drüse kommen, während die fibröse Hülle und das periglanduläre Gewebe völlig intakt bleiben. 2. Als diffuse glanduläre und periglanduläre Tuberkulose, die zur Bildung kalter Perinealabscesse führt. — Die histologischen Befunde beider tuberkulöser Schleimhautläsionen sind häufig nicht sehr charakteristisch; sie ergeben bei oberflächlicher Betrachtung oft nur das Bild einer einfachen entzündlichen Veränderung mit Neigung zur Rückbildung und Ulceration, die charakteristischen tuberkulösen Zellbildungen finden sich in solchen Fällen nur in dem den einzelnen Herd umgebenden Entzündungshofe. Dagegen besitzen die Tuberkelknötchen der Corpora cavernosa stets die typischen histologischen Merkmale. Die Corpora cavernosa des Penis weisen manchmal die Zeichen einer circumskripten chronischen Entzündung, einer Sklerose auf, welche, durch die tuberkulösen Veränderungen der darüber gelegenen Gewebe hervorgerufen, eine Art von Reaktion und natürlicher Heilung darstellt. In anderen Fällen ist die Sklerose des periurethralen Schwellgewebes diffus oder selbst generalisiert: es handelt sich dann um sklerotische Veränderungen, verursacht durch eine alte, chronische, stenosierende Urethritis, welche der tuberkulösen Infektion vorausgegangen ist und deren Eintritt vielleicht vorbereitet hat. An den Drüsen finden sich in sehr vielen Fällen histologische Veränderungen, wenn auch oft nur leichter Art; die grofse Zahl dieser Befunde legt den Gedanken nahe, dafs die Drüsen bei der Entwicklung und Ausbreitung der Tuberkulose der Urethra eine wichtige Rolle spielen. — Der Nachweis von Tuberkelbacillen in den Läsionen ist in mehreren Fällen gelungen. — Differentialdiagnostisch kommt bei der histologischen Untersuchung nur die superfizielle pseudomembranöse oder nekrotische Urethritis in Betracht: dieselbe unterscheidet sich von der Tuberkulose der Urethra durch das Fehlen der spezifischen tuberkulösen Zellbildungen, die diffuse Ausbreitung der Veränderungen, die Pathogenese und den akuten Verlauf, sowie durch das Fehlen tuberkulöser Veränderungen am übrigen Harnapparat, die bei der tuberkulösen Urethritis nie vermifst werden.

Die Tuberkulose der Pars anterior urethrae kommt in ca. 8% aller Fälle von Tuberkulose des Harnapparates vor; sie ist bei Männern viel häufiger als bei Weibern. Klinisch gibt sie sich zu erkennen durch heftigen Schmerz während der ganzen Urinentleerung, chronischen, seröseitrigen Ausflufs und Zeichen von Verengerung des Kanals, die hauptsächlich durch periurethrale Herde, aber auch durch Schleimhautulcerationen hervorgerufen werden. Die Exploration der Urethra mittels Palpation und Einführung von Kathetern, sowie die Untersuchung der Sekrete auf Tuberkelbacillen erleichtern die Stellung der Diagnose. Die Affektion kann nebst den periurethralen Komplikationen spontan heilen, meist unter Bildung persistierender narbiger Veränderungen. In sehr vielen Fällen sind chirurgische Eingriffe indiziert; dieselben führen nicht selten zur vollständigen Heilung.

Die Tuberkulose der Pars anterior urethrae findet sich zumeist in Fällen von schwerer Tuberkulose des Urogenitalapparates, und zwar tritt sie gewöhnlich im Endstadium als letzte Komplikation auf. In einer Anzahl von Fällen jedoch, insbesondere in den Fällen, die spontan oder nach einem chirurgischen Eingriff ausheilen, stellt die Affektion die hauptsächliche Manifestation der Tuberkulose des Urogenitalapparates dar, während die stets vorhandenen Veränderungen in den übrigen Harn- und Geschlechtsorganen nur nebensächliche Bedeutung haben und heilbar sind. Ob aber die Tuberkulose der Pars anterior urethrae primär und vollkommen isoliert auftreten kann, ist nicht erwiesen, möglich ist es immerhin. — Was die Pathogenese betrifft, so ist es wahrscheinlich, dafs in einzelnen Fällen kleine Mengen bacillenhaltigen Urins

in den erweiterten Ausführungsgängen der Cowperschen Drüsen stagnieren, und dafs die Bacillen von hier aus in die Gewebe eindringen. In der Mehrzahl der Fälle jedoch kann die Infektion nur auf dem Blutwege zu stande kommen. Bei der Ausbreitung der Schleimhautläsionen auf die periurethralen Gewebe spielt wahrscheinlich das Lymphsystem die wichtigste Rolle.

2. **Beitrag zur Kenntnis des Leistenbruchs der Genitalien,** von E. Legrain-Bougie und L. Aschoff-Göttingen. Bei einem zwei Monate ante terminum geborenen Kinde war kurz nach der Geburt ein Leistenbruch konstatiert worden, dessen Reposition stets leicht gelang, aber anscheinend innere Schmerzen verursachte. Als das Kind ca. vier Monate alt war, konnte die Hernie plötzlich nicht mehr reponiert werden, ohne, dafs dabei irgendwelche bedrohliche Erscheinungen, Fieber, Erbrechen, Stuhlverhaltung etc. auftraten. Bei der vorgenommenen Radikaloperation fand sich im Bruchsack ein taubeneigrofses, schwarzblau verfärbtes, von einer rötlichen, schwammigen Masse umgebenes Organ, das seiner Gestalt nach für die Niere gehalten werden mufste. Da sich das Organ vermutlich infolge der zahlreichen Repositionsversuche in augenscheinlich schlechtem, hochgradig kongestioniertem Zustande befand, wurde es abgetragen. Die Untersuchung ergab, dafs es sich um ein durch starke Hämorrhagien schwer geschädigtes Ovarium nebst Tube und Ligamentum latum handelte.

Götz-München.

Annales de Therapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band III. No. 1. 5. Januar 1903.

Eine neue Bogenlampe mit eisernen Elektroden für Lichtbehandlung, von H. Lebon. Enthält eine ziemlich eingehende Besprechung des von der Sanitas-Gesellschaft in Berlin vertriebenen Apparates Dermo. Von eigenen Erfahrungen mit demselben sagt Verfasser nichts. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bücherbesprechungen.

Die Bekämpfung der sexuellen Infektionskrankheiten, von W. Hanauer-Frankfurt a. M. (Neuer Frankfurter Verlag, 1903.) Zur Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten bedarf es verschiedener Mafsnahmen, nämlich gesetzgeberischer, sozialer und internationaler Unternehmungen. Dies soweit der Staat dabei direkt beteiligt ist. Aufserdem aber mufs sich auch die Gesellschaft an diesem wichtigen hygienischen Kampfe beteiligen. Reichsgesetzlich mufs vor allem gegen die Verbreitung der venerischen Affektionen eingeschritten werden. Von den hier erforderlichen Mafsnahmen seien erwähnt der Behandlungszwang, womit eine Reform der Armenpflege und der Spitalspflege erforderlich wäre. Die Behandlung dürfte nicht nur eine klinische, sondern müfste auch eine poliklinische sein. Wichtig wäre ferner eine fakultative Anzeigepflicht des Arztes. Des weiteren müfsten Gesetzesparagraphen geschaffen werden, die geschlechtskranken Individuen die Ausübung des geschlechtlichen Verkehrs verbieten. Gewerbsmäfsig sich prostituierende Weiber müfsten durch Reichsgesetz verpflichtet sein, sich zeitweiliger Kontrolle zu unterziehen und im Erkrankungsfalle in Krankenhäuser überweisen zu lassen. Diese obligatorische Untersuchung kann über sich freiwillig Stellende, sowie zwangsweise verhängt werden. Was erstere betrifft, so wären Mädchen unter 18 Jahren und Kranke auszuschliefsen. Die

Bordelle sind kein Mittel zu besonders wirksamer Bekämpfung der geschlechtlichen Krankheiten. Wo sie bestehen, ist der Verkehr von Zuhältern und Alkoholschank zu verbieten, sind besonders häufige Untersuchungen vorzunehmen und Maſsregeln für Ordnung und strenge Hygiene zu treffen, auch dürfen die Prostituierten in ihnen nicht zwangsweise zurückgehalten werden. Wo keine öffentlichen Häuser existieren, sollten die Mädchen jedenfalls nicht über die ganze Stadt verstreut wohnen dürfen. Jugendliche Prostituierte wären zu verwarnen oder der Fürsorgeerziehung zu überweisen, ältere mit Beschäftigungszwang zu inhaftieren und dabei zu isolieren. Bezüglich der extragenitalen Übertragung von Geschlechtskrankheiten wären für Glasbläser, Hebammen, für die rituelle Beschneidung, für die Rasierstuben, fürs Impfgeschäft besondere Vorschriften zu erlassen. Auch wäre für die Blennorrhoe der Neugeborenen die Anzeigepflicht einzuführen, sowie die Credéschen Instillationen für die Hebammen obligatorisch zu machen. Auch sollten die Kassen zur Behandlung der sexuellen Krankheiten mehr herangezogen werden. An den Hochschulen ist der Ausbildung der Ärzte in der Venereologie mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Im Kampfe der Gesellschaft gegen die venerischen Übel sind Ärzte, Elternhaus, Schulen, Presse und Vereine heranzuziehen. Sie müssen die Rufer im Streite sein. *Hopf-Dresden.*

Die wichtigsten Hautkrankheiten der Südsee, von Augustin Krämer. Die Samoa-Inseln. Anhang zu Band II. (E. Schweizerbartscher Verlag, Stuttgart 1902.) Die Dermatosen, welche in den Gebieten der Südsee hauptsächlich zur Beobachtung kommen und den Inhalt vorliegender Veröffentlichung bilden, sind vor allem die Lepra, ferner die Elephantiasis, Tinea circinata und imbricata, Verruga und Framboësie. Gegenüber der Tinea circinata, dem Borkenringwurm und der Tinea imbricata, dem Schuppenringwurm tritt die in den Tropen ebenfalls häufig vorkommende Pityriasis versicolor sehr zurück. Ihr Sitz ist hier mit Vorliebe das Gesicht, sie verleiht den Farbigen an den affizierten Teilen ein etwas helleres Kolorit. Bezüglich der beiden Ringwurmformen sind bedauerliche Namensverwechslungen vorgekommen. So nennt man die Tinea circinata gewöhnlich den tropischen Ringwurm und die Tinea imbricata den Tokelau-Ringwurm (Le Tokelau der Franzosen). Und doch ist gerade letztere Dermatose die eigentliche tropische Affektion, und die Signifikation Tokelau ist weder berechtigt noch praktisch. In den Bezeichnungen Borken- und Schuppen-Ringwurm hält sich der Verfasser an die anatomische Form der Prozesse. Früher und zum Teil auch noch heute wurden beziehentlich werden sie zusammen geworfen. Vom Herpes tonsurans ist der Borkenringwurm höchstwahrscheinlich auch genetisch verschieden. Er befällt nie die behaarte Haut. Beim Lieblingssitz der Tinea circinata, der Achselhöhlenumgebung, ist die behaarte Axilla stets frei. Auch an den Nägeln soll letztere Dermatose nie Erscheinungen machen. Der Borkenringwurm tritt in der Südsee und Ostasien vielfach epidemisch auf. An Bord unserer Kriegsschiffe wurde er von 1877—1895 in 57 Fällen, darunter 1877—1878 auf der „Elisabeth“ 26 mal beobachtet. Die Dermatose heilt unter Chrysarobin oder Jodtinktur rasch ab und führt nie zu Komplikationen. Die Ärzte in Indien finden sie bei 10—20% mancher Bevölkerungsklassen (Gefangene). Cameron hält sie für die verbreitetste tropische Krankheit. Als Übertragungsquelle zeigte sich auf obigen Kriegsschiffen die von Land an Bord gebrachte Wäsche, die wohl nicht in ganz einwandfreiem Wasser gewaschen wird. Die Wäsche (Jäckchen) bildet wohl auch das Übertragungsmittel unter der sehr von dieser Hautkrankheit heimgesuchten weiblichen Bevölkerung Samoas. Direkte körperliche Infektionen kommen natürlich ebenfalls häufig vor. Hitze und Feuchtigkeit wirken in letzterem Falle prädisponierend. Die Tinea imbricata herrscht hauptsächlich im stillen Ocean und seinen Grenzgebieten. Fox entdeckte dies von den Eingeborenen Quae genannte Hautleiden auf den Gilbertinseln. Es breite sich, schrieb er, ringförmig aus,

schuppe stark und ergreife den ganzen Körper. Über die Tokelau-Inseln soll es dann auch nach Samoa verschleppt worden sein, wo es lafa-tokelau genannt wurde. Es ähnelte nämlich diese aus Tokelau stammende Hautkrankheit sehr dem Borkenringwurm (Tinea circ.), d. h. dem Lafa der Samoaner. MANSON untersuchte diese Hautkrankheit näher und fand als ihren Erreger einen Pilz, auch konstatierte er ihre Differenz von der Tinea circinata. Da die Hautschuppen sich zentral abhoben, peripher aber in die gesunde Haut übergingen und eine dachziegelförmige Anordnung aufwiesen, gab ihr dieser Untersucher den Namen Tinea imbricata (Imbrex = Dachziegel). Allerdings trifft dieses Bild nur für den Anfang zu. ROUX schlug darauf vor, das Leiden Herpès de Manson zu nennen. Mit Herpes hat sie aber übrigens gar nichts zu tun. Bei seinem Vorschlag, die Bezeichnung Schuppen-Ringwurm dafür einzuführen, ging der Verfasser davon aus, dafs die Tinea circinata viel Borken und wenig Schuppen, die Tinea imbricata aber nur Schuppen bildet. In therapeutischer Hinsicht ist letztere sehr rebellisch. Chrysarobin bildet auch hierbei das beste Mittel, im Gesicht vertritt es erfolgreich der Schwefel.

Betreffs der Verruga s. V. Peruana und Framboësie betont der Verfasser die grofse Ähnlichkeit zwischen beiden Leiden in vielen Symptomen. Die Verruga jedoch tritt meist mit schweren Allgemeinzuständen wie heftigem Fieber und grofser Anämie auf. Gelenk- und Gliederschmerzen können auch bei der Framboësie vorkommen. Die Framboësiekranken bleiben im Gegensatz zu den Verrugapatienten auch später fast stets fieberfrei. Die Geschwülste der letzteren pflegen fast immer gleich zu sein, die der Verrugaleidenden wechseln oft ihre Form. Letztere Tumoren verfärben sich auch oft und entleeren aus ihrem Innern Blutmassen. Beide Leiden sind okulierbar sowohl auf Menschen wie z. B. auf Pferde. Die Verruga wird fast nur in den Hochtälern der Anden und benachbarten Gegenden beobachtet, wahrscheinlich aber auch an der Ostküste von Südamerika. Bekannt ist die Krankheit auch als Maladie de Carrion. Letzterer hatte sich mit dem Inhalt der Tumoren geimpft und erlag der erfolgreichen Infektion. Wird vom Kranken das febrile Allgemeinstadium überstanden, so beginnt ein chronisches Stadium der Krankheit, das der Warzenbildung. Meist gehen aber die Kranken unter Fieber, Anämie, heftigen Glieder- und Gelenkschmerzen sowie Sehnenspringen und Durchfällen zu Grunde. Mit dem Wechselfieber hat die Verruga Peruana nichts zu tun, obwohl ihre Beziehungen zu Bodenverhältnissen sehr wahrscheinlich sind, ebenso wie ihre Übertragung durch Zwischenwirte. Die Framboësie findet sich auf der ganzen Erde in den warmen tropischen Küstengegenden. Der endemischen Verruga gegenüber ist die Framboësie rein kontagiös (Schul-Spitalepidemien). Die Entdeckung des Erregers dieser in der Südsee als unvermeidbar geltenden Krankheit steht noch aus. Die Inkubation beträgt 4—8 Wochen, bei künstlicher Impfung 12—20 Tage. Das Stadium von der ersten roten Stelle oder Papel bis zur Allgemeineruption pflegt ohne besondere Beschwerden seitens des Patienten zu verlaufen. Die Anämie ist gering, Fieber bei den Erwachsenen nur kurz, bei Kindern etwas heftiger. Glieder- und Gelenkschmerzen sind oft ziemlich störend, besonders treten sie bei älteren Individuen auf. Auf neuem Boden tritt die Framboësie epidemisch auf. Mit der allgemeinen Eruption stellt sich lebhaftes Jucken ein, welches zum Zerkratzen der Tumoren führt. Gerade dies Bild bewog SAUVAGES der Krankheit den Namen Framboësie zu geben, während CHARLOUIS sie später Polypapilloma tropicum und zwar mit mehr Recht so nannte. Den Schlufs des schön illustrierten Werkes bilden die Kapitel Elephantiasis und Lepra, welche bekannteres enthalten. *Hopf-Dresden.*

Handbuch der Hautkrankheiten, von FRANZ MRAČEK-Wien. 7. u. 8. Abteilung. (Alfred Hölder, Wien 1902.) Den gröfsten Teil der vorliegenden zwei Abteilungen nimmt das von UNNA behandelte Kapitel Ekzem ein, neben dem noch folgende zwei

Abschnitte aufgenommen sind: Allgemeine Pathologie der Zirkulationsstörungen der Haut von Felix Pinkus sowie Follikuläre und perifollikuläre Eiterungen der Haarbälge von Ehrmann-Wien. Nachdem Unna seinen Standpunkt über die Ätiologie des Ekzems ausführlich dargelegt hat, wie er allseits bekannt ist, geht er zur Therapie und Klinik der Affektion über. Alle Stadien von Ekzem von der einfachen Abschuppung bis zur feuchten Fläche des Ekzema rubrum schliefsen stets zwei Veränderungen in sich ein, nämlich eine übermäfsige Durchfeuchtung der Oberhaut und einen Mangel an normalem Hautfett. Unsere Behandlung wird aus diesem Grunde vor allem eine entwässernde und fettzuführende sein müssen. Bei der Hyperkeratose pruriginöser, callöser, palmarer und plantarer Ekzeme ist die Indikation der Durchfeuchtung und der Abschälung der Hornschicht gegeben. Bei der Akanthose ist eine Reduktion der Stachelschicht, bei der Parasteatidrosis die Entfettung der Oberhaut erforderlich. Entzündliche Rötungen und Wallungshyperämien werden durch die Antiphlogose bekämpft, pruriginöse und parasitäre Prozesse durch parasiticide Mittel. Mechanische und interne Hilfsmittel treten dagegen zurück. Es folgt nun eine Besprechung der Mittel zur Entwässerung der Oberhaut (Alkohol, Alkoholätherspray, Alkoholverbände, Mehle, medikamentöse Pulver), zur Einfettung der Hornschicht, zur Durchfeuchtung und Erweichung der Hornschicht (Dunstverbände, Pflastermulle, Paraplaste-Glycerin, Chlorcalcium, Erbsenmehl, Caseïn, Alkalien, Seifen), zur Abschälung derselben (Salicylsäure, Resorcin, Pasta lepismatica), zur Reduktion der Stachelschicht (Chrysarobin, Pyrogallol und deren Derivate, Ichthyol, Thiol, Tumenol u. a.), Mittel zur Entfettung (mineralische Puder Talcum, Kaolin, Bolus alba, rubra, Kieselgur, Magnesia carbonica u. a. — alkoholisch-ätherische Mittel wie Äther, Benzin, Petroläther). Als Antiphlogistica kommen vegetabilische Puder, Kühlblasen, Kühlpasten; als Antipruriginosa nennt der Verfasser für die oft am Ende der Ekzembehandlung auftretenden Zustände von Jucken ohne sichtbare Veränderungen das Kleiebad und das Tintenbad. Letzteres ist von 1—3 Efslöffeln von 20% Sol. Tannin. und 10% Sol. Ferr. sulf. herzustellen. Für pruriginöse callöse Ekzeme empfiehlt Unna Teere und sulfonierte Kohlenwasserstoffe oder auch heifse Applikationen (heifse Kompressen oder das Plätteisen). Als Mittel gegen die Ekzemparasiten haben sich alkoholische Mittel bewährt. Seitdem Hodara nachgewiesen hat, dafs fast alle Kokken der Oberhaut durch dauernde Applikation von Alkohol zu Grunde gehen, hat die Alkoholbehandlung des Ekzems in der Praxis mehr und mehr zugenommen. Dasselbe gilt für das stark desinfizierende Ichthyol. Letzteres und seine Derivate scheinen aber vom Ichthargan, dem Ichthyolsilber noch übertroffen zu werden. Eine rein parasiticide Ekzemtherapie wird wohl nur für den Beginn des Leidens und bei Persistieren gewisser Reste (Brutstätten) hervorragend zu wirken berufen sein, dagegen bei vorgeschritteneren Prozessen mit überwiegenden andersartigen Gewebsvorgängen wohl zurücktreten müssen. In einer zweckentsprechenden Verbindung der parasiticiden und der Gewebstherapie ist der zukünftige Fortschritt zu erblicken. Als mechanische Mittel sind zu nennen: Deckmittel wie Leime, Gelanthe, Collodium, Ung. Caseïni; Kompression; Suspension; Bedeckung mit präparierten Stoffen und Impermeabilien; Massage; Skalpelle, Rasiermesser, kaustische Apparate. Intern kommen Ichthyol. Schwefel, Arsen, salicylsaures Natrium, Eisen und Chinin in Betracht. Im übrigen verweist der Referent bezüglich der Besprechung der vielen klinischen Erscheinungsformen des Ekzems und ihrer Erklärung auf das Original, das in keiner Fachbibliothek fehlen dürfte. *Hopf-Dresden.*

Die Verwendung des Lichtes in der Therapie, von H. Strebel-München. (Seitz & Schauer, München. 1902.) Verfasser, der sich durch eine gröfsere Zahl von Arbeiten auf dem Gebiete der Lichttherapie einen Namen gemacht und das Instru-

mentarium dieses jüngsten Zweiges der Therapie in wertvoller Weise bereichert hat, gibt in dem vorliegenden Werke eine Zusammenstellung seiner Erfahrungen. Voran geht eine Erörterung über die wissenschaftlichen Grundlagen der Methode, d. h. über die durch das physiologische Experiment festgestellten Wirkungen des Lichtes auf lebende Organismen, sowie eine Auseinandersetzung über die verschiedenen Arten praktischer Ausübung der Lichttherapie. Für Allgemeinbelichtung kommt das Sonnenbad und das Licht-Luftbad in Frage, für örtliche Bestrahlungen das konzentrierte Sonnenlicht, das elektrische Glühlicht und das elektrische Bogenlicht. Das Sonnenlicht steht nicht überall und jederzeit zur Verfügung; den Teilbestrahlungen mit elektrischem Glühlicht möchte Verfasser eine spezifische Wirkung überhaupt nicht zugestehen; die Bogenlichtbestrahlungen sind erst durch Erhöhung der Lichtstärke für die Therapie brauchbar geworden. Diese Erhöhung ist von Finsen durch Konzentration des Lichtes, von Bang und Strebel durch Konstruktion besonderer Elektroden (Eisenelektroden) und neuestens in noch vollkommenerer Weise von Strebel durch Herstellung eines Eisenkohlenlichtbogens erreicht worden. Auch reflektiertes Bogenlicht eignet sich gut zu örtlichen Bestrahlungen. Eine neue Lichtquelle wurde vom Verfasser mit dem Induktionsfunkenlicht eingeführt, das aufserordentlich reich an ultravioletten Strahlen ist, während ihm Wärmestrahlen völlig fehlen. — Die Wirkung der Licht-Wärmestrahlen besteht nach Verfasser in einer Stoffwechselerhöhung, in Anregung der Gewebsfunktion und der Gewebsneubildung, in Steigerung des Hämoglobingehalts des Blutes, in der Abtötung von Bakterien, rasch erfolgend bei offenen Wunden und Geschwüren, langsamer bei tief sitzenden Bakterienherden. Weiter ist die Licht-Wärmebestrahlung ein bequemes, unschädliches Mittel zur Erzeugung allgemeiner oder lokaler Hyperämie, zur vorübergehenden Entlastung innerer Organe, und sie ist ein ideales Mittel zur Schweifserzeugung ohne bedeutende Irritation des Herzens und ohne Belästigung der Atmungsorgane und des subjektiven Gefühls.

Die Licht-Wärmebestrahlungen sind vom Verfasser bei allerlei Krankheiten erprobt worden, bei Erkrankungen des Stoffwechsels, des Herzens, der Atmungsorgane, bei Skrophulose und Tuberkulose u. s. w. Wir beschränken uns darauf, seine Erfahrungen bei den Geschlechts- und Hautleiden wiederzugeben. Der harte Schanker heilt unter Verätzung mit konzentrierter Lichtwärme (Glaslinse) oder unter Ultraviolettbestrahlung (Eisen- oder Funkenlicht) sehr rasch ab. Die Erscheinungen der Sekundärperiode werden durch Kombination der Quecksilberbehandlung mit Lichtschwitzbädern in kürzerer Zeit beseitigt als mit Quecksilber allein. Für die tertiären Symptome empfiehlt Verfasser neben allgemeiner Lichtbehandlung Ultraviolettbestrahlungen und innerlich Jodkalium. — Das Ulcus molle wird wie der harte Schanker behandelt; ein bis zwei Bestrahlungen genügen meist zur Herbeiführung der Heilung. Die Erfahrungen bei der Blennorrhoe sind noch nicht sehr günstige, doch hofft Verfasser mit zweckmäfsigen Instrumenten zu besseren Resultaten zu kommen. — Von besonderem Nutzen ist die Lichtbehandlung bei der Heilung von Wunden und Geschwüren aller Art. Zur hervorragenden baktericiden Kraft des Lichtes tritt hinzu die Steigerung des lokalen Gefäfstonus, die Anregung der schlummernden trophischen Energie, die Reizung der protoplasmatischen Tätigkeit und damit die Neubildung und der Ersatz verloren gegangenen Gewebes ohne bedeutende Narbenbildung. Verfasser bespricht die Heilungen von Ulcus cruris, Lupus vulgaris, von parasitären Hautleiden. Unsicher oder fehlend ist die Wirkung bei Lupus erythematosus, Psoriasis, Prurigo.

Die Zahl der mit Induktionsfunkenlicht behandelten Fälle ist bisher keine grofse, die Resultate aber sicher ermutigend, wenn auch einzelne zu erheblichen Zweifeln herausfordern; so berichtet Verfasser von einem hartnäckigen, jeder vorherigen Be-

handlung trotzendem, nässendem Ekzem an der Stirn von 10 cm Durchmesser, das nach zwei (!) Sitzungen zur Heilung gebracht wurde. — Endlich sei noch auf die vielversprechenden Versuche der Blennorrhoebehandlung mit des Verfassers Glimmlichtbestrahler aufmerksam gemacht. — In einem Schlufskapitel behandelt Verfasser die Frage, wie das Licht im Gewebe wirkt. Er ist der Ansicht, dafs das Licht die nervösen, speziell trophischen Elemente im Sinne einer Anregung der Gewebsfunktion reizt.

Die Lektüre des Buches ist jedem, der sich für die heute ja sehr aktuelle Frage der Lichttherapie interessiert, gewifs zu empfehlen. Dafs der angebahnte Weg ein gangbarer und aussichtsreicher ist, darüber besteht heute wohl kaum mehr ein Zweifel. Aus der Arbeit des Verfassers ersieht man das Bestreben, sich von der Begeisterung für die Sache nicht zu einem übertriebenen Optimismus fortreifsen zu lassen, der die unbefangene Beurteilung trüben könnte. Man darf wohl behaupten, dafs dieses Bestreben dem Verfasser im allgemeinen geglückt ist.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Mitteilungen aus der Literatur.

Traumatische Entzündungen.

Über Quecksilberdermatitis und die ihr zu Grunde liegenden histologischen Veränderungen nebst Bemerkungen über die dabei beobachtete lokale und Bluteosinophilie, von Erich Hoffmann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 39/40.) H. beschreibt zwei typische Fälle, die er genau untersuchte. Die Untersuchung des Blutes ergab eine beträchtliche Leukocytose und zwar hauptsächlich eine starke Vermehrung der eosinophilen Zellen. Die histologischen Veränderungen betrafen sowohl die Epidermis als auch das Korium. Hochgradige Wucherung der Stachelschicht, kenntlich durch zahlreiche Karyokinesen, Verlängerung der Retezapfen, starke Verdickung der meist unter Mangel einer Körnerschicht gebildeten lamellösen oft kernhaltigen und von eiweifsreichem Exudat durchsetzten Hornschicht zeigte die Epidermis, während die Cutis sehr hochgradige Schwellung der Papillen, äufserst starke Erweiterung der papillären und subpapillären Gefäfse mit Schwellung und Teilung der Endothelien und ein reichliches perivaskuläres Rundzelleninfiltrat mit auffallend zahlreichen eosinophilen Zellen erkennen liefs. Neben anderen Leukocyten fanden sich in sehr grofser Zahl eosinophile Zellen sowohl in Gefäfsdurchschnitten der oberen Koriumschichten (meist wandständig), als auch auf der Wanderung in den interspinalen Räumen des Rete und oft besonders stark angehäuft in dem eiweifsreichen Exudat der verdickten Hornschicht. Entsprechend dieser lokalen Eosinophilie zeigte das Blut eine geringe oder mäfsige Leukocytose mit hochgradiger Vermehrung der eosinophilen Zellen, welche bis zu 49% aller weifsen Blutkörperchen ausmachten. Auch bei schnell vorübergehenden Quecksilber-Exanthemen war neben geringfügigen histologischen Veränderungen lokale und Bluteosinophilie geringen Grades nachweisbar.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Hautgangrän nach subkutaner Infusion, von E. Wormser-Basel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 41.) W. hat mehrere Fälle von Hautgangrän sowohl nach subkutaner Infusion von Tavelscher Lösung als auch von gewöhnlicher Koch-

salzlösung gesehen; er zeigt, dafs die Erklärung von Baisch, dafs an der Gangrän nur die Taverasche Lösung schuld sei, sicher keine allgemeine Gültigkeit hat, wie auch neben W.s Fällen einige von Welch und Brocq citierte beweisen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Akute Dermatitis, bedingt durch Coton caster microphylla, von H. D. Cooper-Lyme Regis. (*Lancet.* 7. Juni 1902.) Bei drei Gärtnern, welche mit dem Schneiden und Aufbinden dieser Schlingpflanze, eine Art von Quittenmispel, im Garten zu tun gehabt hatten, konstatierte C. eine mehr oder weniger intensive und hartnäckige Dermatitis, namentlich an Händen, Armen und Gesicht in Gestalt von urticaria-artigen Flecken, Papeln und nässenden Stellen, ohne Fieber oder sonstige Störungen. Verfasser glaubt, dafs der Reiz im wesentlichen von den auf der unteren Fläche der Blätter befindlichen, spitz zulaufenden, feinen Härchen, deren Saft eine saure Reaktion hat, herrühren dürfte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Dermatitis, die durch Humea elegans bedingt wurde, von W. C. Hearnden-Leatherhead. (*Lancet.* 26. Juli 1902.) Es handelte sich um eine Patientin, welche mehrere Male ein akutes Ekzem des Gesichts, namentlich an Nase und Kinn, acquirierte. Verfasser konstatierte, dafs dies bedingt war durch die Gewohnheit der Dame, ihren Schleier mit den Blättern von Humea elegans, einer aus Neu-Süd-Wales stammenden Treibhauspflanze, des Wohlgeruchs wegen einzureiben. Bei ihm selbst erzeugte das Reiben des Armes mit einem Blatte dieser Pflanze einen hellroten, punktförmigen Ausschlag, der einen Tag lang bestehen blieb. Auch bei einem Gärtner war eine ähnliche Wirkung im Gesicht mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit festzustellen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein neues Mittel gegen Decubitus, von Sträter-Düsseldorf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 35.) Alle Arten von Kissen, wie sie gegenwärtig zur Verhütung und Heilung des Decubitus im Gebrauch sind, erfüllen nur dann ihren Zweck, die gefährdeten oder bereits durchgelegenen Stellen vor Druck zu schützen, solange der Kranke unbeweglich liegen bleibt; macht er nur eine geringe Bewegung, so liegt er mit der schmerzhaften oder wunden Stelle auf dem Rande des Kissens, und die affizierte Hautpartie wird von neuem gereizt. Der Verfasser hat nun eine Unterlage konstruiert, die sich dem Kranken in jeder Beziehung anpafst. Sie besteht aus einer 10 cm breiten und 12 cm langen Filzplatte, die eine Offnung von 4 cm Durchmesser hat und auf der oberen Fläche mit einem Klebestoff versehen ist; vermittels desselben haftet sie fest am Körper an und macht jede Bewegung des Kranken mit, so dafs die schmerzhafte oder wunde Stelle in jeder Lage vor Druck geschützt ist. Die Schutzplatte hat sich bereits in einer grofsen Anzahl von zum Teil schweren Fällen vorzüglich bewährt. Der Schmerz verschwindet sofort nach dem Anlegen, im Verlauf von 48 Stunden bildet sich auf der wunden Stelle ein trockener Schorf, der sich nach 5—6 Tagen entfernen läfst, unter dem Schorf ist die Haut wieder normal. Es ist zweckmäfsig, die Unterlage auch nach eingetretener Heilung noch liegen zu lassen oder, wenn sie zu locker geworden ist, durch eine neue zu ersetzen. Die Öffnung in der Platte wird am besten exzentrisch angelegt, so am Kreuzbein, Trochanter, Vertebra colli prominens. — Die Schutzplatte wird von dem „Medizinischen Ein- und Ausfuhrhaus (F. & W. Serres)“ in Hochdahl-Düsseldorf hergestellt.

Götz-München.

Ein Fall von Dermatitis exfoliativa nach Chinin, von E. W. Reisinger-Washington. (*St. Louis med. Journ.* Juni 1902.) Einem 45jährigen Mann wurden gegen Grippe Tabletten verordnet, enthaltend Acetanilid 0,06, Salol 0,03, Chinin 0,06, dreistündlich je eine zu nehmen. Zwei Stunden nach dem Einnehmen der zweiten Tablette begann die Haut am ganzen Körper zu jucken, wurde rot und geschwollen

und fühlte sich gespannt an. Das Jucken war so unerträglich, dafs Patient an Selbstmord dachte. Später erfolgte überall Schuppung, an Händen und Füfsen in grofsen Fetzen; die Epidermis der ganzen linken Hohlhand schälte sich in einem Stück ab. Die volle Wiederherstellung erforderte über eine Woche, da Hände und Füfse nach der Abschuppung sehr empfindlich waren. *M. Levor-Hamburg.*

Beitrag zur Kenntnis der Röntgendermatitis, von Wiesner-Aschaffenburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 25.) Ein seit Jahren in einer Fabrik für Röntgenapparate tätiger Mann liefs sich, obwohl bereits eine leichte Rötung und Empfindlichkeit der Gesichtshaut und Ausfall der Barthaare aufgetreten war, gelegentlich einer Ausstellung von Röntgenapparaten häufig längere Zeit hindurch intensiv bestrahlen. Die Folge davon war, dafs sich die krankhaften Erscheinungen wesentlich steigerten. Nach einer neuerlichen, langdauernden Bestrahlung, bei der die Strahlen von vorn nach hinten durch die Brust gingen, stellte sich zuerst ein heftiges Spannungs- und Hitzegefühl im Gesicht und darauf eine tiefrote Verfärbung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Gesichtshaut ein. In den folgenden Tagen trat Eiterung und Krustenbildung und starke Entzündung der Konjunktiven auf. Die Brusthaut zeigte sich im Bereiche des Westenausschnittes dunkelrot und infiltriert, dem Hemdenknopfe entsprach eine kreisrunde weifse Stelle; die dem Westenausschnitte benachbarten Partien wiesen eine hellere Rötung auf. In den nächsten drei Wochen nahmen Eiterung und Krustenbildung noch zu, dann trat allmählich Heilung ein. Da, wo tiefere Partien der Haut erkrankt waren, wie an Kinn und Oberlippe, heilte die Affektion unter Narbenbildung. Mit dem Besserwerden des Prozesses begann am Kopf und im Gesicht starker Haarausfall, doch wuchsen die Haare aufser auf der Oberlippe und am Kinn allenthalben wieder. Therapeutisch war der Verlauf absolut nicht zu beeinflussen, dagegen liefsen sich die Schmerzen durch Orthoform prompt beseitigen. — Die auffallende Tatsache, dafs in diesem Falle auch die Haut der gut bedeckten Brust erkrankte, beweist, dafs die Röntgendermatitis eine Wirkung der X-Strahlen selbst darstellt, und zwar mufs sie nach dem Urteil des Verfassers als Trophoneurose betrachtet werden. *Götz-München.*

Zwei Fälle von Verbrühung des Ohres, von Treitel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 32.) T. beobachtete zwei Fälle von Verbrühungen durch Dampf, bei dem einen war das Trommelfell zerstört, heilte aber in kurzer Zeit tadellos, bei dem anderen trat ebenfalls Heilung ein. Charakteristisch ist die ungewöhnliche Hörstörung im Beginn. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Eine Studie über Brandwunden, von Mary F. Munson-Toledo Oh. (*Med. News.* 26. Juli 1902.) Verfasserin glaubt, dafs die Behandlung der Brandwunden von den Ärzten etwas vernachlässigt werde, erklärt, dieselben erfordeten dieselbe strenge Asepsis wie etwa eine Incision und verwirft im allgemeinen alle Arten von Olen, Salben u. ä., welche nur zur Eiterbildung führen. M. gibt aufserdem den Rat, niemals einen trockenen Verband zu gebrauchen, niemals die Haut oder die tieferen Gewebsschichten zu entfernen, vielmehr deren Entfernung möglichst zu verhüten und schliefslich den Verband nicht zu oft zu wechseln; ein vollständig antiseptischer feuchter Verband wird die Wunde sauber und geruchlos halten. Je eher und besser ein solcher angelegt wird, um so weniger wird Patient Schmerzen fühlen. Bezüglich der verschiedenen Mittel warnt M. vor allem vor dem Bleiwasser wegen seiner giftigen Wirkungen, hat eine Reihe von Mitteln wie Na carbon., Wasserstoffsuperoxyd, versucht, aber auf alle verzichtet und wendet nur mehr ? (Glameide lautet die englische Bezeichnung, welche für Referenten absolut unverständlich ist) an. M. führt einen Fall sehr ausgedehnter Verbrennung bei einem zwei Jahre alten Kinde an, wo dieses Mittel in fünf Wochen völlige Heilung brachte, ohne dafs eine Spur von

Eiterung eingetreten wäre. Genauere Beschreibung des für die Einhüllung des ganzen Körpers bestimmten Verbands. *Stern-München.*

Chlorkalklösung als Antiseptikum bei den Brandwunden, von Franz Tichy-Orlan. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 29.) Nachdem man 24 Stunden Ölumschläge gemacht, öffnet man unter aseptischen Kautelen alle Blasen und legt dann eine Kompresse auf, getränkt mit Calcar. hypochloros. 3—5, Aq. dest. 990; Solve filtra et adde Spirit. camphorat 5,0. Dieser Umschlag ist stets feucht zu halten und alle 4—6 Tage durch einen gleichen zu ersetzen. Die Erfolge sind selbst bei schweren Verbrennungen gut. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Neurotische Entzündungen.

Ein Fall von Dermatitis herpetiformis oder Hydroa, von Robert Park-Glasgow. (*Scott. Journ.* Nov. 1902.) Der beschriebene Fall, der eine 49jährige Frau betraf, war durch eine gleichzeitige Hydropyosalpinx und grofse Herzschwäche kompliziert. Sämtliche Störungen, die Hautsymptome eingeschlossen, glaubt Verfasser durch Adrenalin dauernd günstig beeinflufst zu haben. *M. Levor-Hamburg.*

Die Behandlung der Prurigo, von Albert Robin. (*Jour. d. pratic.* 1902. No. 20.) Besnier hat zuerst behauptet, dafs die Prurigo und die pruriginösen Affektionen toxischen Ursprungs sind, und Robin und Leredre haben in allen Fällen von hartnäckiger Prurigo eine mit abnormer Gärung einhergehende Magenstörung gefunden, welche die Ursache der Hautaffektion war. Bournigault hat dann konstatiert, dafs es sich stets um Milchsäuregärung handelt. Die Säure wird durch die Haut ausgeschieden und verursacht beim Passieren der Schweifsdrüsen eine Reizung der Haut und die papulöse Eruption. — Das wichtigste in der Behandlung ist die Durchführung einer reinen Milchdiät. Aufserdem wird, um die Gährung zu hemmen, Fluor-Ammonium nach folgender Formel verabreicht: Fluor-Ammoni. 0,2, Aq. dest. 300,0. MDS. 2—6 mal täglich vor den Milchmahlzeiten einen Kaffeelöffel voll zu nehmen. Die juckenden Hautpartien werden mehrmals mit Kampher-Zinkoxyd-Stärkemehlpulver eingepudert nnd morgens und abends mit einer warmen Lösung von Liquor Natrii silicici 2,0 in Aq. dest. 300,0 gewaschen, die Flüssigkeit läfst man auf der Haut eintrocknen und bepinselt dann die trockenen Stellen mit Tinctura Benzoës composita. *Götz-München.*

Weitere Beobachtungen über die Malaria als Ursache des Herpes zoster, von James Mac Farlane Winfield-Brooklyn. (*New York med. Journ.* 2. Aug. 1902.) W. hatte schon im Jahre 1895 die Resultate seiner Blutuntersuchungen an acht Herpes-Kranken veröffentlicht, konstatiert, dafs die Hälfte derselben, also 50%, die Plasmodien im Blute hatten, und seitdem seine bezüglichen Untersuchungen fortgesetzt. Er verfügt nun über eine neue Serie von 25 Fällen, wovon 14 = 56% die positiven Zeichen der Malaria im Blute (Plasmodien) aufwiesen. Das Alter dieser Patienten war 9—50 Jahre, 6 Fälle wurden im Frühjahr und 12 im Herbst beobachtet. Es steht jedenfalls fest, dafs das Malariagift Herpes verursachen kann und in der spärlichen Literatur über diese Frage finden sich sogar Fälle, wo Herpes die einzige Manifestation der Malaria ist. In nahezu 40% aller Fälle von Herpes, welche W. in den letzten 9 Jahren beobachtete, spielte zweifellos die Malaria-Toxaemie eine Rolle, es scheint ihm daher möglich, dafs bei vielen der sogenannten Epidemien von Herpes zoster die Malaria ein ätiologischer Faktor ist; es gibt jedoch sicher noch eine Reihe anderer Bakteriengifte, welche aufser dem Plasmodium malariae diese Hautneurose, deren Ätiologie noch so unsicher ist, hervorrufen können.

Stern-München.

Die Behandlung des Zoster ophthalmicus. Nutzen der Dionininjektionen, von TERSON. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 18.) Dem Verfasser hat sich das Dionin in der Ophthalmologie als ein vorzügliches, allen anderen Mitteln überlegenes Narkotikum bewährt; er ist der Überzeugung, daſs die Dionininjektionen unter allen Umständen den Morphiuminjektionen vorzuziehen sind. Zur lokalen Behandlung des Zoster ophthalmicus empfiehlt er, die groſsen Blasen zu öffnen, die kleinen dagegen unberührt zu lassen und in den ersten Tagen nach der Eruption Dionin in Form folgender Salbe mehrmals täglich auf die kranken Stellen zu applizieren: Dionin 0,5; Lanolin Liebreich 15,0; Paraffin. liquid. 5,0 mf. unguent. Nach 4—5 Tagen läſst man die Salbe weg und streut dafür Wismut und Zinkoxyd auf. Wenn dann nach einigen Tagen die Krusten eingetrocknet sind, bestreicht man dieselben mit Glycerinsalbe und entfernt sie nach einer Stunde mittels warmen Wassers. Zur Linderung der Schmerzen gibt man Natrium salicylicum (3—4 g) oder Aspirin; auch lokale Blutentziehungen, Elektrisierung und Massage tun oftmals gute Dienste. Meist aber kann man die Verabreichung eines Narkotikums nicht entbehren, und zwar sind in erster Linie die subkutanen Dionininjektionen zu empfehlen, die intensiver und anhaltender zu wirken scheinen als die Morphiuminjektionen und keinerlei unangenehme Neben- oder Nachwirkungen besitzen. Injiziert wird täglich 0,01—0,025 Dionin, am besten in die Schläfe der kranken Seite. — Die Ausführungen des Verfassers bezüglich der Behandlung der Komplikationen von seiten des Auges haben ausschlieſslich für den Ophthalmologen Interesse. *Götz-München.*

Über rezidivierenden Herpes der Harnröhre des Mannes, von BETTMANN-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 17.) Bei einem 26jährigen, schwer neurasthenischen Manne, der sich ungefähr ein halbes Jahr vorher luetisch infiziert hatte, trat zuerst ein rezidivierender Herpes der Wangenschleimhaut auf, der sich ca. 1¼ Jahre hindurch in Zwischenräumen von 2—6 Wochen wiederholte. Zwei Monate nach dem definitiven Verschwinden dieser Affektion stellte sich plötzlich Brennen beim Urinieren und Ausfluſs aus der Harnröhre ein; gleichzeitig fand sich eine mäſsige Schwellung und Schmerzhaftigkeit mehrerer Leistendrüsen. Eine blennorrhoische Infektion war ausgeschlossen. Das Harnröhrensekret bestand aus einem Brei von Harnröhrenepithelien, Gonokokken waren nicht enthalten. Sämtliche Erscheinungen waren nach drei Tagen ohne jede Behandlung verschwunden. Die Affektion wiederholt sich seitdem in Zwischenräumen von zwei bis sechs Wochen immer wieder; manchmal ist sie von einem Herpes praeputialis begleitet. In den Intervallen ist der Patient frei von subjektiven und objektiven Erscheinungen. Bei der endoskopischen Untersuchung finden sich während des Anfalls auf der Harnröhrenschleimhaut etwa 1½ cm hinter dem Orifizium über eine Strecke von 2½—3 cm verbreitet zahlreiche stecknadelkopf- bis linsengroſse, zum Teil isoliert, zum Teil in Gruppen stehende Erosionen. Die kleinen sind kreisrund, die gröſseren weisen eine deutliche mikrocyklische oder polycyklische Begrenzung auf. Die Basis der Erosionen ist gerötet, manche besitzen einen grauweiſsen Saum, andere einen ebensolchen Belag; diese grauweiſsen Massen erweisen sich als zusammenhängende, gut erhaltene Epithellager. — Quecksilberkuren blieben ohne jeden Einfluſs auf die Harnröhrenaffektion. Es handelte sich bei derselben ganz zweifellos um einen rezidivierenden Herpes der Harnröhrenschleimhaut. Der Fall zeigt deutlich, welche Momente für die Diagnose eines solchen in Betracht kommen. *Götz-München.*

Über Herpes laryngis (menstrualis) nebst Bemerkungen über den menstruellen Herpes, von BETTMANN-Heidelberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 36.) B. beschreibt ausführlich einen jener seltenen Fälle, der häufig Herpesrezidive zeigte, die stets in einer bestimmten Zeit vor Eintritt der menstruellen Blutung auftraten,

sie entwickelten sich über Nacht ohne besondere Begleiterscheinungen oder subjektive Beschwerden. Die Kranke befand sich im Stadium der sekundären Syphilis, der Herpes erschien zum ersten Male mit dem Wiedereintritt der Menses post partum zur Zeit, wo Patientin unter Einwirkung schwerer psychischer Erschütterungen stand.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Herpes, von A. Eddowes. (*The Times and Hosp. Gaz.* 9. Aug. 1902.) E. drückte schon früher die Ansicht aus, dafs länger anhaltende Kälteeinwirkung zur Entstehung von Herpes führen kann und bespricht hier einen Fall, wo kurz nach einer Erkältung ein ausgedehnter Herpes am Unterschenkel, mit heftigen Schmerzen verbunden, auftrat; der Patient war übrigens mehrmals mit Rheumatismus befallen gewesen und neigte zu Obstipation, was ebenfalls als eine Quelle der Haut-Irritation anzusehen ist. *Stern-München.*

Die Häufigkeit des Herpes zoster, von Max Joseph-Berlin. (*Philad. med. Journ.* 25. Okt. 1902.) Der Aufsatz bringt ausschliefslich Statistisches, er berichtet über 164 Zosterfälle aus Verfassers Poliklinik, die unter 15603 Hauterkrankungen im Verlauf von zehn Jahren vorkamen, = 1,06 % im Durchschnitt. Männer und Frauen werden ungefähr gleich häufig befallen. $^2/_3$ aller Fälle fielen in das Alter von 15—30 Jahren. Vor dem Schulalter ist Zoster sehr selten (1 %), während der Schuljahre wird er häufiger (9 %), nach dem 30. Jahre nimmt die Frequenz ab (23 % zwischen 30 und 40, 21 % zwischen 40 und 60), im hohen Alter ist die Affektion wieder selten. Was die Lokalisation anlangt, so wird nach Verfassers Zählungen eine Körperregion um so mehr bevorzugt, je mehr Nerven sie versorgen; ausgenommen ist allein das Trigeminus-Gebiet, das besonders oft vom Zoster befallen wird. Der Beruf scheint ohne Einflufs zu sein. Epidemien der Affektion fallen in Frühling und Spätjahr, sporadische Fälle verteilen sich über das ganze Jahr, doch zeigen Frühjahr und Herbst etwas gröfsere Frequenz. *M. Levor-Hamburg.*

Akute Exantheme.

Eine Epidemie des Denguefiebers, von F. O. Stedman-Hongkong. (*Brit. med. Journ.* 12 Juli 1902.) Nach einem nicht bestimmten, aber wie es scheint, sehr kurzen Inkubationsstadium wird der Infizierte häufig mitten in scheinbar völliger Gesundheit plötzlich von Schüttelfrost und Fieber, Schmerzen in den Gelenken, zuweilen auch von Erbrechen befallen, so dafs er sich sofort zu Bett legen mufs. In einer Anzahl von Fällen begleitet den Beginn der Erkrankung ein Initialausschlag in Form eines diffusen Erythems am Körper, besonders stark im Gesicht. Dasselbe erscheint gedunsen, die Augen unterlaufen. In wenigen Stunden schon ist der erythematöse Ausschlag verschwunden; das Fieber steigt rapide an, fällt ein wenig am Morgen, um am Abend wieder in die Höhe zu gehen und sich für 1—3 Tage gleich hoch zu halten. Während dieser Zeit ist die Zunge mit einem dünnen weifsen Belag bedeckt. Die Patienten klagen über Kopfschmerzen und völlige Appetitlosigkeit. Mit dem Abfall des Fiebers pflegen die allgemeinen Erscheinungen zu schwinden, nur die Schmerzen bleiben, wenn auch nicht in derselben Stärke, noch einige Zeit bestehen und zeigen die Neigung, von einem Gelenk ins andere zu wandern. Am vierten oder fünften Tage nach Beginn der Erkrankung kommt ein höchst charakteristischer, zuweilen von einem leichten Wiederanstieg der Körpertemperatur begleiteter Ausschlag zum Vorschein, der sich auszeichnet durch zahllose, kleinerbsengrofse, schwach erhabene, dunkelrote, über den ganzen Körper zerstreute Flecke. Auch Handteller und Fufssohlen sind befallen, am stärksten ergriffen sind das Gesicht, die Knie-,

Ellenbogen- und Handgelenke an ihren Streckseiten. Hier sind durch Konfluenz die kleinen Flecken zu grofsen Plaques angewachsen. Ebenso wie der initiale ist auch dieser Ausschlag von ödematöser Schwellung der Haut begleitet. Nach 24 Stunden etwa verschwindet er rasch, um einer kleienförmigen Desquamation Platz zu machen. Die Patienten erholen sich zumeist in wenigen Tagen. In einigen Fällen jedoch kommt es zu einem Rückfall des Fiebers, zwar nicht des Denguefiebers. Es scheint mehr eine Malariaattacke zu sein, da die Untersuchung des Blutes während eines solchen Rückfalles Malariaparasiten ergeben hat. Ob ein ätiologischer Zusammenhang zwischen dem Denguefieber und der Malaria besteht, ist noch nicht festgestellt worden. *C. Berliner-Aachen.*

Leuconostoc hominis und seine Rolle bei den akuten, exanthematischen Krankheiten, von Hlava. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1902. No. 4.) Durch Übertragung von Tonsillenbelag bei Scarlatina auf Bouillon und Agar mit hochprozentigem Saccharosezusatz erhielt Verfasser Diplokokken und Diplostreptokokken, die eine homogene Hülle hatten, gerade wie der Leuconostoc mesenteroides. Diesen Leuconostoc hominis fand Verfasser dann ferner in der Mundhöhle bei Angina phlegmonosa, diphtherica, morbillosa, bei Typhus exanthematicus, in der Nasenhöhle bei Morbilli und Diphtherie, im Blute bei Scharlach, Masern, Flecktyphus. Schliefslich ist derselbe zu finden bei infektiöser Coryza, Caries der Zähne und im Darm bei endemischer Dysenterie. Diese Befunde deuten nach Verfasser auf eine pathogene Bedeutung des Leuconostoc. Derselbe ist nicht identisch mit Streptococcus pyogenes.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Infektiosität der Schuppung bei Scarlatina, von C. K. Millard-Leicester. (*Lancet.* 5. April 1902.) M. ist der Meinung, dafs der Beweis von der Infektiosität der Schuppen beim Scharlach noch keineswegs erbracht sei, trotzdem die Ansicht allgemein verbreitet ist, dafs erst nach beendeter Abschuppung die Ansteckungsfähigkeit aufhört. Bei einer Rundfrage an 25 Stellen, von denen man ein Urteil erwarten konnte, wurde kaum irgendwelches verwendbare Material zur Stütze der allgemein acceptierten Auffassung beigebracht. Nach M.s Ansicht sind die Schuppen nicht in gröfserem Grade ansteckend, als es etwa Kleider oder sonstige mit den Kranken in Berührung gewesene Gegenstände sind. Demgemäfs hat er das Experiment gemacht, während eines Vierteljahrs den Aufenthalt der Scharlachkranken im Hospital auf 4 Wochen im Minimum zu beschränken; die Durchschnittsdauer betrug 39,1 Tage. Von 190 nach diesem Prinzip frühzeitig entlassenen Patienten fanden sich nur 5, bei denen eine Übertragung auf die Umgebung stattgefunden zu haben schien, und bei allen 5 waren andere Komplikationen (Nasenflufs, Wunde am Ohr) als mögliche Infektionsquelle vorhanden. Weitere Prüfung der Frage ist gewifs erwünscht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Ätiologie der rezidivierenden Scarlatina, von C. K. Millard. (*Brit. med. Journ.* 16. August 1902.) Aus der einschlägigen Literatur ergibt sich für die Ätiologie der rezidivierenden Scarlatina folgendes:

1. Es handelt sich zumeist um Patienten, die im Hospital gelegen haben. Zu Hause behandelte Fälle rezidivieren selten.

2. Solche Fälle treten häufig kurz nach der Entlassung der Patienten aus dem Hospital auf, wenn dieselben zu frühzeitig nach Hause, an die Infektionsstelle, zurückgebracht werden.

3. Der infektiöse Einflufs des Hauses auf zu frühzeitig aus dem Hospital entlassene Patienten dauert länger an, als man für gewöhnlich annimmt.

4. Solche Patienten zeigen, wenn sie nach Hause kommen, gewöhnlich noch Sekretion aus Nase und Ohr oder einen sonstigen krankhaften Zustand der Nasenschleimhaut.

5. Die Sterblichkeit der rezidivierenden Scharlachfälle überschreitet das Durchschnittsmafs der Mortalität an Scharlach überhaupt.

6. Der lange Aufenthalt der Patienten im Hospital hat insofern einen nachteiligen Einflufs, als sie oft mit akuten Fällen in einem Raume zusammen sich befinden, das Scharlachgift einatmen und wahrscheinlich noch für einige Tage nach der Entlassung aus dem Hospital dieses Gift ausatmen bezw. auf andere übertragen können.

Um die Scharlachrezidive zu verhüten, sollen

1. alle Fälle 14 Tage vor ihrer Entlassung in besonderen, gut gereinigten und gelüfteten, in sanitärer Beziehung vollständig einwandsfreien Räumen isoliert werden;

2. sie sollen vor ihrer Überführung in dem Isolierraum gründlich gebadet und gewaschen, ihre Haut mit schwachem Karbolöl eingefettet werden;

3. jeden zweiten Tag soll ein Bad genommen und die Haut wieder mit Karbolöl eingefettet werden;

4. Nasenhöhle und Ohr sind täglich mit einer lauwarmen antiseptischen Lösung auszuspritzen;

5. Die Kinder sollen sich auch zur Zeit der Isolierung viel im Freien bewegen.

C. Berliner-Aachen.

Die Ursache der Scharlachrückfälle, von M. H. Gordon. (*Brit. med. Journ.* 16. August 1902.) Die Ansicht, dafs die Ursache für die Scharlachrückfälle wahrscheinlich in dem Vorhandensein des Streptococcus scarlatinae, in den Absonderungen der Nasenhöhle und des Ohres zu suchen sei, hält Verfasser für noch nicht bewiesen, wenngleich diese Erklärung viel Wahrscheinlichkeit für sich hat. Man mufs aber nach dem Streptococcus an erster Stelle im Pharynx, besonders an den Tonsillen suchen, wo er sich zuerst anzusiedeln pflegt. Verfasser hat in einer grofsen Anzahl von Fällen von Rhinitis und Otorrhoe bei Scarlatina den Streptococcus pyogenes vorgefunden. Es empfiehlt sich deshalb, der Beschaffenheit der Nasenhöhle und des Ohres genaue Aufmerksamkeit zuzuwenden, ehe man die Patienten aus der Behandlung entläfst. *C. Berliner-Aachen.*

Venaesectio bei Urämie im Verlaufe der postscarlatinösen Nephritis, von Carl Springer. (*Prag. med. Wochenschr.* 1902. No. 8.) Bei 5 Patienten mit Urämie bei postscarlatinöser Nephritis wurde die Venaesektion gemacht. Von diesen starben zwei; einer war moribund und aussichtslos in das Spital gekommen, einer wurde vorübergehend gebessert, ging aber nach $2^1/_2$ Tagen nach Rückkehr der urämischen Erscheinungen an Herzschwäche zu grunde. Im ganzen war das Ergebnis ein günstiges; Krämpfe sistierten, in drei Fällen sogar dauernd; das Bewufstsein kehrte bald oder nach dem Schlafe, in den die Patienten verfielen, wieder; der Puls verlor seine Spannung; die Harnmenge stieg; die Odeme schwanden; die Eiweifsausscheidung sank. Schweifsausbruch wurde keinmal beobachtet. Bei schweren Fällen mit Krämpfen und vollem, gespanntem Puls ist die Venaesektion zu empfehlen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Prophylaxe des septischen Scharlachs, von Wilhelm Sohn-Reval. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1902. No. 15.) Die bisher beim Scharlach zum Schutz gegen die septische Infektion empfohlenen Mafsnahmen (gewissenhafte Mundreinigung, Heubners Karbolinjektionen in die Tonsillen) wirken nur ungenügend. Die Schwierigkeit liegt in der fehlenden Kenntnis von der Herkunft des Streptococcus. Verfasser beobachtete einen Fall von mittelschwerem Scharlach bei einem 10jährigen Mädchen, der ohne Störung günstig verlief, obwohl das Kind hypertrophische Mandeln hatte. Ihr 6jähriger völlig gesunder Bruder aber erkrankte einige Tage später und starb an septischem Scharlach; er war in einem anderen Zimmer untergebracht, in welchem $1^1/_2$ Jahre zuvor ein Kranker mit Unterschenkelbruch und schwerer Eiterung gelegen

hatte und das inzwischen unbenutzt geblieben war. Ohne diesem Falle Beweiskraft zusprechen zu wollen, hält Verfasser es für geboten, auf gründliche Desinfektion eines Zimmers auch nach gröfseren Eiterungen zu dringen, unter keinen Umständen die Unterbringung von Scharlachkranken in Räumen zu gestatten, in denen Kranke mit Eiterungen, wenn auch vor längerer Zeit gelegen haben, und nach Möglichkeit septische Scharlachkranke von den aseptischen zu trennen. *A. Loewald-Graudenz.*

Purpura fulminans als Komplikation von Scharlach, von H. E. J. Biss-London. (*Lancet.* 2. Aug. 1902.) Der einen 3½jährigen Knaben betreffende, schnell tödlich verlaufende Fall würde sonst wohl als Scarlatina haemorrhagica diagnostiziert worden sein. Bei der Autopsie war namentlich die intensive fettige Degeneration der Nieren auffallend. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein eigentümlicher Fall von Scharlach, von J. D. Howe-Preston. (*Lancet.* 13. Sept. 1902.) Der 6jährige, wegen Nekrose der Tibia in Behandlung befindliche Knabe acquirierte eine ausgesprochene Scarlatina und am 25. Krankheitstage Ödem am Penis mit Urinverhaltung, worauf alsbald ausgedehnte Blutungen in der Haut des Oberschenkels und schliefslich Exitus letalis folgten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein eigentümlicher Fall von Scarlatina haemorrhagica, von V. Chastel Boinville-Liverpool. (*Lancet.* 9. Aug. 1902.) Die Besonderheit bestand in dem späten Auftreten der Hämorrhagien, als schon die Abschuppung begonnen hatte. Aufser Epistaxis und Hämorrhagien in der Haut trat auch blutiges Erbrechen auf, und der 4½jährige Knabe erlag etwa 3 Wochen nach Beginn der Krankheit.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Diagnose der scarlatiniformen Erytheme und des Scharlachs im Verlauf von Diphtherie, von Lobligeois. (*Kinderarzt.* 1902. No. 8.) Im Verlauf der Diphtherie treten scharlachähnliche Erytheme auf, deren Ursache sehr verschieden aufgefafst wird. Soweit sie nicht vom Serum abhängig sind, hat man sie sekundären Infektionen zugeschrieben und besonders dem Streptococcus. Von echter Scarlatina, die eine sich entwickelnde Diphtherie sekundär kompliziert, sind sie schwer zu unterscheiden. Lokalisation und Dauer der Eruption, der Bouchutsche Streifen, Erbrechen, Mundexanthem, Drüsenschwellung, trockene Haut, Schwellung des Gesichts, Jucken, Temperatur und Puls bieten keinen sicheren Anhalt. Diagnostisch wertvoll sind Himbeerzunge und allgemeine Abschuppung als Zeichen von Scharlach, aber wenig brauchbar wegen ihres späten Erscheinens. Die Angabe früherer Scharlacherkrankung spricht nicht unbedingt gegen Scharlach. Wichtig ist die Blutuntersuchung: bei scarlatiniformen Eruptionen herrschen neben schwacher Polynukleose eosinophile und „anormale“ Elemente vor; letztere sind meist mononukleäre Zellen mit stark basophilem Protoplasma ohne Granulationen und mit geteiltem voluminösem Kern, der oft an rosettenartig angeordneten chromatischen Fäden reich ist. Bei Scharlach findet sich starke Polynukleose und die anormalen Elemente fehlen. Schliefslich spricht positive Diazoreaktion für Scharlach und gegen Serumerythem, doch kommt sie auch bei Streptokokkeninfektion vor. *Levor-Hamburg.*

Die Diagnose der Scarlatina, von J. M. Day-Dublin. (*Dubl. med. Journ. Scienc.* 1. März 1902.) Wohl nicht ganz allgemein gewürdigt ist die Erscheinung, dafs bei Scharlach eine gewisse Braunfärbung an den Hautfalten zu konstatieren ist, wenn man das Ellenbogengelenk beugt; das Gleiche findet sich am Poupartschen Ligament und auch, wenngleich seltener, in der Kniekehle. Diese Bräunung bleibt auch nach dem Verschwinden des eigentlichen Ausschlags bestehen und findet sich auch mit roten Punkten zusammen an den unteren Extremitäten. Von grofser praktischer Bedeutung kann die Unterscheidung zwischen Meningitis und malignem Scharlach werden, und Verfasser berichtet, verschiedentlich Fällen von Verwechslung derselben begegnet

zu sein. Hält man sich aber diese Möglichkeit vor Augen, so wird man leicht die unterscheidenden Merkmale feststellen. Die Dukessche IV. Krankheit nennt D. Röteln mit scarlatiformem Exanthem. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Serumtherapie des Scharlachfiebers, von Allaria. (*Riv. crit. d. clin. med.* 12. April 1902.) Der Verfasser berichtet über die verschiedenen Versuche, das Scharlachfieber durch Injektion eines spezifischen Serums zu heilen; ausgehend von den Versuchen Marmoreks mit seinem Antistreptokokkenserum referiert er über die danach erschienenen Arbeiten unter besonderer Berücksichtigung der Publikationen Leydens und seiner Schüler, die mit einem Serum aus dem Blute von Scharlachrekonvalescenten arbeiteten. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Serumtherapie des Scharlachs, von v. Leyden-Berlin. (*Berliner klin. Wochenschr.* 1902. No. 35.) In der Gesellschaft der Charité-Ärzte vom 16. Januar 1902 berichtet v. L. über seine Versuche mit Injektion von Blutserum, welches er Scharlachrekonvalescenten entnommen hatte, bei scharlachkranken Kindern, bei denen er teilweise gute Erfolge hatte, während es teilweise versagte. Heubner äußert seine Bedenken gegen dieses Verfahren, welche v. L. zu entkräften sucht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über einen mit normalem Blutserum behandelten Fall von schwerem Scharlach, von C. S. Engel-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1902. Heft 9.) Verfasser injizierte einem an schwerem Scharlach mit Diphtherie erkranktem Knaben normales Menschenblutserum mit gutem Erfolge. Nach größeren Temperaturschwankungen genas der schon vorher dem Exitus nahe Knabe in kurzer Zeit.

Bernhard Schulze-Kiel.

Mischinfektion von Scharlach und Masern, von J. Pollock-Mauchline. (*Brit. med. Journ.* 12. April 1902.) P. berichtet über eine Familie, in welcher 2 resp. 3 Kinder an Scharlach und Masern ungefähr zu gleicher Zeit erkrankten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Verhalten des Blutes bei Masern und Scharlach im Kindesalter, von Reckzeh-Berlin. (*Ztschr. f. klin. Med.* Bd. 45. Heft 1 u. 2.) Die Leukocytenzahlen sind bei gesunden Kindern höher als bei Erwachsenen, betragen im Säuglingsalter 10000—20000 im cmm und erreichen, allmählich abnehmend, gegen das 13. Jahr die für Erwachsene geltenden Werte. Ihre Höhe ist durch mannigfache Einflüsse leichter zu beeinflussen als im Blute Erwachsener. In Bezug auf die Zahlenverhältnisse der Leukocytenarten ist, wenn wir von den ersten Lebenstagen absehen, das Überwiegen der Lymphocyten gegenüber den polynukleären Leukocyten für das kindliche Blut charakteristisch; daneben findet sich ein Reichtum an Übergangsformen und eine erhöhte Zahl der eosinophilen Zellen. Bei den Masern erwähnen die meisten Autoren eine Leukopenie während des Exanthems, eine Verminderung der eosinophilen Zellen und im Anfang auch der Lymphocyten und eine relative Vermehrung der großen mononukleären Zellen. Verfassers eigene Beobachtungen ergeben an den roten Zellen wenig Anomalien, nichts für Masern Charakteristisches. Für die Blutplättchen und das Fibrin fand auch er niedrige Werte, auch fand R. übereinstimmend mit anderen Autoren eine Verminderung der weißen Zellen auf der Höhe der Erkrankung, die häufigste Komplikation (Bronchitis) bewirkte stets ein Ansteigen der Leukocytenzahlen. Was Scharlach betrifft, so herrscht in der Literatur Übereinstimmung bezüglich der eosinophilen Zellen (Vermehrung) und der Leukocytenzahlen (Leukocytose), Differenzen bestehen aber bezüglich der Prozentverhältnisse der einzelnen Leukocytenarten. Nach Verfassers eigenen Untersuchungen bestand meist eine leichte Anämie, der Hämoglobingehalt ist verringert, auch fand sich, meist nach Ablauf des Fiebers, ein auffallender Reichtum an Blutplättchen. Das Charakteristische beim Scharlach-

blut ist die Leukocytose, vorwiegend bedingt durch starke Vermehrung der polynukleären neutrophilen Zellen. Die eosinophilen Zellen sind erheblich vermehrt und die Vermehrung überdauert die Leukocyten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Hat der Schulschlufs einen statistisch nachweisbaren Einflufs auf die Morbidität an Masern, Scharlach und Diphtherie in Berlin? von Julius Heller. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1902. No. 83.) Das Resultat von H.s Statistik ist: die im statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin 1889—97 veröffentlichten Zahlen der gemeldeten Infektionskrankheiten lassen einen Einflufs des Schulschlusses auf die Masernmorbidität erkennen, sie beweisen aber nicht einen wesentlichen Einflufs des Schulschlusses auf die Scharlach- und auf die Diphtherimorbidität. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Masernepidemie in Edinburgh. (*Brit. med. Journ.* 1902. 21. Juni.) Eine gleiche, über alle Volksklassen verbreitete Masernepidemie, wie sie in diesem Sommer in Edinburgh geherrscht hat, ist dort noch nicht beobachtet worden. Eigentümlicherweise sind die Röteln, welche um diese Zeit gewöhnlich in Edinburgh vorherrschen, dieses Mal nicht epidemisch aufgetreten. Der Charakter der Masern ist im ganzen gutartig, wenn auch Komplikationen namentlich seitens des Ohres in auffallend viel Fällen zu verzeichnen waren. *C. Berliner-Aachen.*

Die Masern beim Erwachsenen, von Landouzy. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 19.) Klinischer Vortrag, in dem hauptsächlich die Diagnose, insbesondere die Frühdiagnose und die Prognose der Masern besprochen wird. Das zweimalige und selbst dreimalige Auftreten der Masern bei ein- und derselben Person ist nach den Erfahrungen des Verfassers durchaus nicht so selten, wie gewöhnlich angenommen wird. *Götz-München.*

Allgemeinbehandlung von Masern, von L. Fischer-New York. (*Med. Rec.* 12. April. 1902.) F. liebt den Spiritus Mindereri in Dosen von 2—4 g in Zwischenräumen von 1—2 Stunden bis zur Erzeugung von Diaphorese gegeben, ferner die Tinctura aconiti tropfenweise als Antipyreticum; als Emeticum Syrup squill. cps. und Syr. ipecac. neben Cupr. sulphuric. Im ganzen sind die in New York üblichen Mafsregeln aber dieselben wie bei uns. *Philippi- Bad Salzschlirf.*

Lichtbehandlung nach Masern, von Foveau de Courmelles. (*Presse méd. belg.* 1902. No. 35.) Nach Foveaus Theorie disponierten die Masern in einem derartigen Grade zu tuberkulösen Erkrankungen, dafs letztere fast stets auf erstere folgen sollen. Aus diesem Grunde rät er Lichtbehandlung der Masern mittels rotem Licht. Die Tuberkulose, als gewissermafsen „komplementäre Erkrankung“ der Masern will er mit dem komplementären Lichte, für welches er violett ansieht, therapeutisch beeinflussen. *Hopf-Dresden.*

Die „vierte Krankheit“, von R. W. Marsden-Manchester. (*Lancet.* 16. Aug. 1902.) Verfasser bespricht ausführlich die schwachen Punkte in der Dukesschen Beweisführung, wobei er auch die bereits von anderer Seite erhobenen Einwände wiederholt. Namentlich betont er, dafs es nicht unmöglich sei, dafs die von Dukes am ausführlichsten beschriebene dritte Epidemie seiner Krankheit in Wirklichkeit ein milder Scharlach war. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine Epidemie der „vierten Krankheit“, von J. C. Curtis-Round Lake N. Y. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.* 30. Aug. 1902.) Round Lake hat eine Winterbevölkerung von ca. 400 Seelen und davon war ungefähr die Hälfte von dieser Krankheit befallen. Dieselbe begann in allen Fällen mit Halsschmerzen, Halsdrüsenschwellung, mit einem Ausschlag in Gestalt mäfsig-grofser tiefroter Flecken, welcher vom Gesicht aus nach abwärts über den ganzen Körper sich ausdehnte, ca. drei Tage anhielt; sehr geringe Temperaturerhöhung. Im ganzen wurden 147 Personen befallen: 9 Fälle im Alter von 1—5, 26 im Alter von 5—10, 31 im Alter von 10—20,

18 im Alter von 20—30 Jahren u. s. f. bis zu 80—90 Jahre 3 Fälle), kurz, kein Lebensalter war verschont und auch keines besonders bevorzugt. Die Inkubationsperiode betrug 7—19 Tage. Die Abschuppung war meist eine kleienartige, jedoch in 10 Prozent der Fälle eine lamellöse, so daſs man die Fingerhaut wie einen Handschuh abziehen konnte. Als Ursache der Übertragung sieht C. hier die Milch an, denn alle Familien (die meisten des Ortes), welche von dem einen Milchhändler, in dessen Hause die ersten Fälle vorkamen, ihre Milch bezogen, wurden befallen, die übrigen, welche dies nicht taten, blieben verschont. Von Komplikationen kamen besonders vor: rheumatische Erscheinungen (29), Otorrhoea acuta (12), Bronchitis (4), Pneumonie (2) u. a. m. Folgendes sind des Verfassers Gründe, daſs es sich hier um die sogenannte vierte Krankheit handeln muſste, 1. ein nicht zu beschreibender Unterschied des Hautausschlags, 2. kein einziger Fall von Nephritis folgte, 3. das Alter (75 der Fälle über 30 Jahre), 4. 18 Patienten hatten schon früher Scharlach, und 5. viele Masern durchgemacht, 6. die Inkubationsperiode in der Dauer von 7—19 Tage.

Stern-München.

Das Inkubationsstadium der Varicellen, von J. M. Day-Dublin. (*Brit. med. Journ.* 21. Juni 1902.) Am 29. April wurde ein an Diphtheritis leidender Knabe ins Hospital aufgenommen. Am 25. Mai bekam er Varicellen. Als einzige Quelle der Infektion konnte nur die Schwester des Patienten angesehen werden, die zu Hause Varicellen gehabt, ihren Bruder jedoch im Hospital nicht besucht hatte. Hieraus kann man in Übereinstimmung mit Trousseau als Grenze des Inkubationsstadium etwa 27 Tage annehmen. *C. Berliner-Aachen.*

Varicellen mit abnormer Entwicklung des Exanthems, von Rudolf v. Hoesslin-Neuwittelsbach. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 17.) Während einer Varicellenepidemie, deren übrige Fälle ausnahmslos in der gewöhnlichen Weise verliefen, trat bei einem fünfjährigen Knaben neben einer Anzahl normal sich entwickelnder Varicellenbläschen Zerfall einzelner Bläschen und oberflächliche Nekrose der Haut an den betreffenden Stellen auf. Um die Nekrosen, die etwa Bohnengröſse hatten, im Zentrum am tiefsten waren und sich nach der Peripherie hin abflachten, breiteten sich hochrote Höfe aus, die zuerst etwa talergroſs waren, unregelmäſsige Konturen besaſsen und ohne scharfe Grenzen in das gesunde Gewebe übergingen. Die Nekrosen, wie die umgebenden geröteten Zonen vergröſserten sich ziemlich rasch, die Höfe erreichten einen Durchmesser von 7 cm; bei einem Teile dieser groſsen Plaques war die Epidermis in Blasen aufgehoben oder auch abgelöst, so daſs das nässende Korium frei lag. Dasselbe bedeckte sich alsbald wieder mit Epidermis; das nekrotisierte Zentrum stieſs sich nach 8—10 Tagen in Form einer Kruste unter Hinterlassung einer Delle ab. Am 7. Tage etwa entstand zwischen den Plaques und der umgebenden gesunden Haut eine scharfe Grenze, es bildete sich ein wallartiger, 1½ mm breiter, aus einer eingetrockneten Kruste bestehender Rand, auf dem einige Eiterpusteln saſsen. — Auf das Allgemeinbefinden hatte der Verlauf keinen Einfluſs. Die Ursache der abnormen Entwicklung der Bläschen war wohl eine Sekundärinfektion der Haut. *Götz-München.*

Differentialdiagnose zwischen Variola und Varicellen, von W. McConnel-Wanklyn. (*Brit. med. Journ.* 5. Juli 1902.) Allgemeine Symptome können bei beiden vorkommen, doch sind hohes Fieber, Kreuzschmerzen, Erbrechen, allgemeine Prostration, wie sie bei Variola sich zeigen, bei Varicellen ganz ungewöhnlich. — Wesentlich für die Differentialdiagnose ist die Verteilung des Ausschlages. Die Pocken befallen besonders stark das Gesicht, die Handgelenke, die Hände und die Füſse, relativ wenig den Stamm, während die Varicellen gerade den Rumpf bevorzugen. Die Variolapusteln greifen tiefer in die Haut ein, als die Efflorescenzen der Varicellen und zeigen

in Gestalt und Gröfse mehr Gleichmäfsigkeit als die letzteren. Zur Sicherung der Diagnose empfiehlt es sich, dafs man sich nicht auf ein Kriterium verläfst, sondern alle Umstände sowohl in der Anamnese wie im Status berücksichtigt.

C. Berliner-Aachen.

Die Verwüstungen durch die Pocken in französisch Indo-China, von E. Jeanselme. (*Presse méd.* 1902. No. 62.) In Indo-China, soweit es französisch ist und in der angrenzenden chinesischen Provinz Yunnan sterben nach Ansicht des Verfassers, welcher zum Studium der Frage regierungsseitig dorthin entsendet worden ist, etwa 25% der Kinderwelt an den Pocken. Zu Zeiten, wo sich diese endemische Krankheit zu Epidemien verdichtet, wächst der Prozentsatz der Kindersterblichkeit noch etwas. Nach Simond, dem Direktor des Pasteur-Instituts zu Saigon, wütet die Variola entsetzlich unter den Kindern von Anam. Alle Kinder werden befallen und mehr als $^2/_3$ der Kindersterblichkeit kommen auf ihr Konto. In manchen Dörfern warf man 1888 gelegentlich einer solchen Epidemie die Variolaleichen täglich dutzendweise ins Meer. Nach Nogué-Kambodscha vergeht kein Jahr ohne Epidemien von Blattern. Etwa 90% aller Kinder werden von ihnen ergriffen, 60—70% davon sterben. Hauptsächlich werden Kinder zwischen 2 und 5 Jahren betroffen. Die konfluierende Form der Variola herrscht vor, die hämorrhagische ist nicht selten. Die Kinder, welche der Infektion nicht erliegen, behalten schwere Störungen, wie keloidartige Narben, chronisch-eiternde Drüsenentzündungen, Sehstörungen, chronische Nephritiden und werden vor allem in leider vielen Fällen blind. Die Ursachen der enormen Blatternausbreitung sind die mangelnde Verpflichtung, die kleinen Kinder zu impfen, sowie die Unsitte der Variolisation von Arm zu Arm durch chinesische Ärzte. Es ist die unentgeltliche, zwangsweise Impfung durch eingeborene Ärzte einzuführen.

Hopf-Dresden.

Die Pockenepidemien im 19. Jahrhundert, von A. Newsholme-Brighton. (*Brit. med. Journ.* 5. Juli 1902.) Der Verfasser zieht in den Bereich seiner Betrachtungen nicht nur einheimische, sondern auch ausländische Verhältnisse, erörtert an der Hand der einschlägigen Literatur und übersichtlicher Tabellen den mehr oder weniger periodischen und infektiösen Charakter der Pockenepidemien im 19. Jahrhundert und gelangt zu folgenden Schlüssen: Ein sorgfältiges Studium der statistischen Tabellen und der Geschichte der verschiedenen Epidemien zeigt deutlich, dafs als Hauptfaktor für dieselben die rein persönliche Infektion anzusehen ist. Die Krankheit wird von einer Person auf die andere übertragen, verbreitet sich von Stadt zu Stadt und von Land zu Land. Für die gröfseren Epidemien und Pandemien wird man aufser tellurischen und klimatischen Einflüssen noch die sogenannte „constitutio epidemica variolosa“ der alten Epidemiologen verantwortlich machen. Man versteht darunter die Eigentümlichkeit der Pocken, zu gewissen Zeiten infektiöser zu sein, als zu anderen. Diese gröfseren Epidemien zeigen keine reguläre Periodizität, welche man bei den kleineren beobachten kann. Die Intervalle zwischen den einzelnen Epidemien sind seit Einführung der Vaccination, je nach der Strenge, mit der letztere von den Behörden durchgeführt wird, gröfser oder kleiner, die Intensität stärker oder schwächer.

C. Berliner-Aachen.

Die Pockenepidemien in England. (*Brit. med. Journ.* 14. Juni 1902.) In Surrey kamen im Monat Mai 29 Fälle zur behördlichen Kenntnis. In London wurden in der zweiten Woche des Mai 231, in der 3. Woche 296, in der 4. Woche 233, in der 1. Woche des Juni 176 Pockenfälle angemeldet; im ganzen war die Zahl geringer als vier Wochen zuvor. In Essex sind in den mit dem 7. Juni endenden 4 Wochen 141 neue Fälle, ebenfalls weniger als in den vorangegangenen 4 Wochen, zur Beobachtung gelangt.

C. Berliner-Aachen.

Die Pockenepidemie in London, von zum Busch. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 17.) Verfasser schildert die Londoner Verhältnisse, welche das Entstehen einer Pockenepidemie erheblich begünstigten, vor allem die mangelhaft durchgeführte Impfung infolge der „conscientions objection“-Klausel. Die Mafsregeln gegen die Weiterverbreitung der Epidemie sind im allgemeinen lobenswert und kosten der Stadt eine Unmasse Geld; bis jetzt sind ca. 3000 Personen erkrankt; aus der Statistik der Erkrankungen geht selbstredend die Nützlichkeit der Impfung zur Evidenz hervor.

F. Hahn-Bremen.

Pockenhospitäler und die Ausbreitung der Infektion, von T. C. Thresh-Chelmsford. (*Lancet.* 26. April 1902.) Verfasser vertritt die Meinung, dafs die Infektion durch die Luft weitergetragen werden kann. In dieser Beziehung seien namentlich gröfsere Pockenkrankenhäuser, in denen 40, 50 oder mehr solche Fälle versammelt sind, eine direkte Gefahr für die Umgebung. Er findet die Bestätigung dieser Ansicht in der Beobachtung, dafs an den Küstenstrecken an der Themse, in der Nähe des schwimmenden Hospitals, die Epidemie in verhältnismäfsig grofser Heftigkeit auftrat, trotzdem diese Gegend durchaus nicht besonders dicht bevölkert ist, und auch sonst keinen Grund für besondere Empfänglichkeit der Krankheit gegenüber darbot. Als bestes Mittel zur Bekämpfung der Infektion verlangt er von der Regierung die obligatorische Impfung aller Kinder und deren Wiederimpfung im 10.—12. Lebensjahr. Als zweitbestes Mittel empfiehlt er die Unterbringung der Patienten in kleinen Krankenhäusern oder in Zelten, die auf eine weite Strecke zu verteilen wären und in keinem Falle mehr als etwa 40 Kranke aufnehmen dürften.

Philippi-Bad Salsschlirf.

Die schwimmenden Hospitäler der Metropole und die Verbreitung von Variola, von J. C. Thresh-Chelmsford. (*Lancet.* 22. Febr. 1902.) In sehr überzeugender Weise weist T. nach, dafs die Ansammlung mehrerer Pockenkranker auf einer beschränkten Stelle eine entschiedene Gefahr für die Umgebung bildet. Bekanntlich hat man seit mehreren Jahren auf der Themse in einiger Entfernung von der Stadt schwimmende Hospitäler eingerichtet. Bei der letzten Epidemie konstatierte Verfasser, dafs das gegenüberliegende Ufergebiet in einem Umkreis von $^3/_4$ englischer Meile einen Prozentsatz von 8,8% an Erkrankungen unter den Einwohnern des betreffenden Kreises lieferte. Dieses ungünstige Verhältnis steigerte sich auf 12% (!) für die eine Hälfte des (politischen) Gebietes, die von den vorherrschenden südwestlichen Winden am meisten bestrichen wurde. Es sei noch erwähnt, dafs von den 10 Personen des Ortes, welche weder Impfung noch natürliche Pocken durchgemacht hatten, nicht weniger als 8 bei dieser Gelegenheit erkrankten.

Philippi-Bad Salsschlirf.

Diskussion über Variola und Vaccination in England. (*Brit. med Journ.* 9. August 1902.) E. W. Hope: Will man sich genau darüber orientieren, welche Rolle die Vaccination und Revaccination bei der Eindämmung und Verhütung der Pocken in verschiedenen Gegenden des Landes spielen, so mufs man zunächst nach den Behörden fragen, denen die Durchführung der Impfgesetze obliegt und untersuchen, ob diese auch streng durchgeführt werden, und wenn dies nicht der Fall, ob es nicht besser wäre, sie in andere Hände zu legen.

Ferner ist danach zu forschen, welche Technik und Methode bei den Ärzten die besten Impfresultate verspricht, mit was für einer Lymphe diese Resultate zu erreichen seien und wie die Versorgung mit solcher Lymphe am leichtesten vor sich gehen kann.

E. J. Edwards: Bei der gegenwärtigen Pockenepidemie hat die obligatorische Vaccination in der Kindheit im ganzen die Zahl der Sterbefälle gegen früher ver-

mindert. Aber diese Verminderung trifft nur das Alter unter 10 Jahren. Dies kann als Beweis dienen, dafs die einmalige Impfung nicht genügt, um dauernden Schutz gegen die Pocken zu gewähren, und dafs die obligatorische Revaccination mit aller Strenge durchgeführt werden müsse, wolle man die Epidemien, wie in Deutschland, definitiv aus dem Lande verbannen. C. R. DRYSDALE zeigt ebenso, wie Dr. EDWARDS an statistischen Daten aus verschiedenen Ländern, namentlich Deutschland, wie man, sich nur durch strenge Handhabung der Impfung und Wiederimpfung endgiltig von den Pocken befreien kann. *C. Berliner-Aachen.*

In der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden, Sitzung vom 19. April 1902 (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 26) hielt OPPE-Dresden einen Vortrag über **die Pocken in London und die englische Impfgesetzgebung.** In London hausen seit $^3/_4$ Jahren die Pocken in der bedenklichsten Weise; von August 1901 bis Ende März 1902 sind 5841 Menschen an Variola erkrankt und davon 14,3 %, nach anderen Angaben sogar 24 % gestorben. Es liegt nahe, diese schwere Epidemie mit dem neuen englischen Impfgesetz vom 12. August 1898 in Verbindung zu bringen; denn dieses bedeutet einen verhängnisvollen Rückschritt gegenüber der bis dahin gültigen Impfordnung. Eine der bedenklichsten Bestimmungen des neuen Gesetzes ist die sogenannte Gewissensklausel, derzufolge jeder Vater oder Vormund eines impfpflichtigen Kindes trotz Impfverweigerung straffrei bleibt, wenn er versichert, dafs er nach bestem Wissen und Gewissen die Impfung für seinem Kinde nachteilig hält. Auf Grund dieser Klausel sind in den ersten 5 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes 230000 Kinder, d. h. mehr als ein Viertel aller in einem Jahre Geborenen, von der Impfung befreit worden. Von einem allgemeinen Impfzwange kann in England schon dieser einen Bestimmung zufolge nicht mehr die Rede sein. Das Gesetz spricht überdies aus, dafs Strafen wegen Impfhinterziehung in Bezug auf ein und dasselbe Kind nur einmal verhängt werden können; das bedeutet im Grunde nichts anderes als die Möglichkeit des Loskaufs vom Impfzwang. Endlich macht die Bestimmung, dafs die Kinder nicht zu einem öffentlichen Impftermin gebracht, sondern vom Impfarzt auch in ihren Wohnungen aufgesucht und geimpft werden müssen, eine strenge Durchführung des Impfgeschäftes absolut unmöglich. — Übrigens hatte auch schon das frühere englische Impfgesetz schwere Mängel: insbesondere fehlten in demselben, ebenso wie in dem neuen, Bestimmungen über die Revaccination vollständig. Die Durchführung des Impfgeschäftes lag immer schon im Argen, Impfhinterziehungen waren stets an der Tagesordnung. Der Grad der Immunität war daher in England von jeher ein sehr geringer und so konnte es kommen, dafs London während des 30 jährigen Bestehens des früheren Impfgesetzes 5 Pockenepidemien erlebt hat. — In der Beurteilung des Impfwesens und der Pockeninfektion herrscht heute noch in England eine gewisse Kritiklosigkeit. So tauchen immer wieder Berichte über Impftetanus auf, von denen keiner einer strengen Prüfung Stand hält. Hierher gehört auch die Behauptung, dafs bei der jetzt herrschenden Epidemie von den in der Themse verankerten Pockenschiffen und ein gegenüber nahe dem Ufer gelegenes Dörfchen auf dem Luftwege infiziert worden ist, während doch der rege Verkehr zwischen dem Bahnhofe des Dorfes und den Pockenschiffen die Übertragung der Krankheitskeime viel ungezwungener erklärt. — Abgesehen von dem mangelhaften Impfschutz des Volkes ist es auch um die sonstige Prophylaxe schlecht bestellt. Die Angehörigen der Kranken erhalten in den Pockenspitälern Zutritt, gleichviel ob sie geimpft sind oder nicht; die für diese Besuche geltenden Bestimmungen sind von einer unglaublichen Naivität.

In der sich anschliefsenden Diskussion betonen MEINERT, CHALYBAEUS, FIEDLER und MARTINI, dafs sie eine Ausbreitung der Pocken durch die Luft wohl für möglich

halten. SCHMORL dagegen glaubt, dafs eine Übertragung des Pockenkontagiums durch die Luft nur auf ganz geringe Entfernungen denkbar ist; mit der Gröfse der Entfernung wird die Möglichkeit einer Übertragung durch die Austrocknung und die rasch zunehmende Verdünnung des Kontagiums vermindert. Demgegenüber heben CHALYBAEUS und ERDMANN hervor, dafs das Pockenkontagium durch Eintrocknung nicht an Virulenz verliert. BUSCHBECK erinnert an die Strenge des französischen Impfgesetzes, das zwei Revaccinationen, eine im 11. und eine im 21. Lebensjahr anordnet. OPPE betont, dafs ein strikter Beweis für die Ausbreitung einer Pockenepidemie durch die Luft noch nicht erbracht ist. *Götz-München.*

Die Variola in Glasgow 1900—1902, von J. C. MCVAIL. (*Brit. med. Journ.* 5. Juli 1902.) Der Verfasser zeigt an der Pockenepidemie in Glasgow den deutlichen Einflufs der Revaccination älteren und jüngeren Datums auf die Zahl der Erkrankungen wie der Sterbefälle und kommt zu dem Schlusse, wenn Glasgow endlich von all seiner Unruhe wegen der Pocken und den durch dieselben verursachten immensen Ausgaben befreit sein wolle, so sollte es im Parlament auf Einführung der obligatorischen Revaccination im Knabenalter, etwa nach Beendigung der Schuljahre, mit aller Macht hinarbeiten. *C. Berliner-Aachen.*

Die Pockenepidemien und die Sterblichkeit an Pocken vor und seit Einführung der Vaccination, von E. J. EDWARDES. (*Brit. med. Journ.* 5. Juli 1902.) Der Verfasser gibt einen Überblick über die Pockenepidemien des 19. Jahrhunderts in den verschiedenen Ländern Europas und bringt einen klaren, ziffernmäfsigen Beweis, wie die gesetzliche Vaccination und Revaccination die Zahl der Sterbefälle auf ein Minimum reduziert hat. Nach dem Beispiele Deutschlands, wo seit 1884 für alle der Vaccinations- und Revaccinationszwang bestehe, müsse verfahren werden, wenn man dauernd von Pockenepidemien bewahrt bleiben wolle. *C. Berliner-Aachen.*

Die Pockenmortalität in Warrington und Leicester, von ARTHUR NEWSHOLME-Brighton. (*Brit. med. Journ.* 28. Juni 1902.) In Warrington mit 54084 Einwohnern waren von 65 erkrankten Kindern unter 10 Jahren 33 geimpft, 32 nicht geimpft, es starben 6 % der geimpften, 67,5 % der nichtgeimpften Kinder.

In Leicester mit 184547 Einwohnern waren von 109 pockenkranken Kindern unter 10 Jahren 2 geimpft, 107 nicht geimpft. Es starben 0 % der geimpften, 14 % der nichtgeimpften Kinder.

Über 10 Jahre alt erkrankten in Warrington 596. Hiervon waren 560 geimpft, 36 nicht geimpft. Es starben 6,4 % der Geimpften, 33,3 % der Nichtgeimpften.

In Leicester gab es 248 Erkrankungen bei 197 Geimpften und 51 Nichtgeimpften über 10 Jahre alt. Es starben 1 % der Geimpften, 7,8 % der Nichtgeimpften.

Aus diesen Zahlen ergibt sich, dafs der Charakter der Pockenepidemie in Warrington bösartiger war als in Leicester, obwohl die Impfungsverhältnisse dort günstiger als hier waren. Die Ursache dieser Erscheinung aufzufinden, wäre einer eingehenden Untersuchung wert. *C. Berliner-Aachen.*

Die Kindersterblichkeit an Pocken in Beziehung zur Vernachlässigung der Vaccination, von T. D. ACLAND. (*Brit. med. Journ.* 14. Juni 1902.) Der Verfasser zeigt an einer tabellarischen Zusammenstellung, dafs die Mortalität von Kindern unter 10 Jahren an Pocken in sechs englischen Städten Hand in Hand ging mit der mehr oder weniger streng durchgeführten Impfung. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Sporozoe der Variola, von A. CLERC. (*Presse méd.* 1902. No. 63.) Der Verfasser berührt die neueren mehrseitigen Versuche, den Erreger der Variola zu finden. Ähnliche Ergebnisse wie ROGER und WEIL haben neuerdings FUNCK-Brüssel und ISHIGAMI-Osaka erhalten. Bei allen handelt es sich um spezifische Lebewesen, die sie aus dem Inhalt der Impfpusteln gezüchtet haben. In frischer Lymphe zeigt

sich diese Sporozoe nach Funck unter dreierlei Formen als frei, hellgrünes, rundliches, lichtbrechendes, 2—10 Mikren im Durchmesser zählendes Wesen mit deutlichen, wenn auch langsamen Bewegungen bei Erwärmung; als Epidermiszellen, die durch die Sporozoe ergriffen sind und drittens als Kysten von framboider Form, morulaähnlich, vollgestopft mit Sporen, bis 25 Mikren im Diameter messend. Funck nennt das Lebewesen Sporidium vaccinale. Ishigamis Parasit zeitigt auch drei Formen. Erstens eine amöboide. Der Parasit tritt als kleines rundes Körperchen auf (2—5 μ), leuchtend grün ohne Kern oder Hülle, mit Eigenbewegung bei Erwärmung. Im zweiten Stadium zeigt er färbbaren Kern, ein in Endo- und Ektoplasma trennbares Protoplasma. Dann wird letzterer granulär. Die Endform ist die einer Kyste von ovaler Form und 15 bis 20 Mikren Länge. In ihr liegen 20—40 Körnchen, die Sporozoiden.

Hopf-Dresden.

Schwierigkeiten bei der Pockendiagnose, von W. T. Freeman - Reacing. (*Lancet.* 5. Juli 1992.) Betrifft einen 10jährigen Knaben, bei dem im Anschluſs an einen fieberhaften, scharlachähnlichen Ausschlag an verschiedenen Stellen knotenförmige Schwellungen, sowie Bläschen und Blasen bis zu fast Markstückgröſse sich entwickelten. Nebenbei zeigte der Knabe Spuren von kongenitaler Syphilis. Die Diagnose schwankte zwischen Pocken und Erythema nodosum resp. einer bullösen Form von Peliosis rheumatica. Die bald darauf vorgenommene Impfung gab ein positives Resultat. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Variola der Frucht ohne Variola der Mutter, von H. Gillet. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 35.) Jacontini berichtet in der *Rif. med.* (1901, No. 61—62) über ein ausgetragenes, totgeborenes Kind, an dem sich 20—30 charakteristische Variolapusteln fanden, obgleich die Mutter während der Schwangerschaft und zur Zeit der Geburt keine Spur von Variola dargeboten hatte. Dagegen herrschte an dem Wohnorte der Frau eine Blatternepidemie, auch in ihrem Wohnhause waren Variolafälle vorgekommen, und zur Zeit der Entbindung waren die beiden älteren Kinder der Frau noch blatternkrank. Man muſs sich den Fall so erklären, daſs das Virus den mütterlichen Organismus passierte, ohne ihn zu infizieren, und sich in der Frucht festsetzte. Jacontini erwähnt nichts davon, daſs es sich bei der Frau um eine durch das Überstehen von Blattern oder durch Impfung erworbener Immunität gehandelt habe; man muſs daher eine natürliche Immunität der Mutter annehmen. *Götz-München.*

Der Puls und die Arterienspannung bei Variola, von Cotte. (*Thèse de Paris.* 1900.) Aus dieser umfassenden Arbeit, welche auf einer gröſseren Reihe von sphygmometrischen Untersuchungen basiert, seien nur folgende Punkte hervorgehoben: Während die Inkubationszeit nur selten Änderungen erkennen läſst, zeigt die Invasionsperiode Steigerungen der Frequenz bis (im Mittel) auf 90 Schläge, nach anderen Berichten 100—120 bei günstigen Fällen; bei schweren Fällen kamen Steigerungen bis 120 vor, doch war im allgemeinen kein groſser Unterschied in den beiden Kategorien zu erkennen. Im Eruptionsstadium fällt nach C. die Frequenz bis auf 70 und sogar 52, hält sich aber gewöhnlich zwischen 60 und 80; bei den hämorrhagischen Fällen 81—90. Sehr gesteigert ist die Frequenz im suppurativen Stadium, aber selbst Zahlen bis 150 bedeuten nicht ohne weiteres eine ungünstige Prognose. Bemerkenswert ist, daſs gerade bei der Rekonvalescenz die Frequenz eine gesteigerte ist und zwischen 80 und 100 schwankt. Ebenso ist eine gelegentliche leichte Arythmie ohne wesentliche Bedeutung. Dagegen ist ein weicher, komprimierbarer Puls prognostisch stets ungünstig. Rhythmus und Amplitude sind auſser bei sehr schweren Fällen unverändert. Dagegen fand sich allgemein eine deutliche Herabsetzung der arteriellen Spannung. Dieser Rückgang findet schon im Invasionsstadium statt und ist bis etwa am 8. Tage am deutlichsten ausgeprägt, worauf ein langsamer und unregelmäſsiger

Wiederanstieg stattfindet, aber selbst bei der Entlassung hatten die Patienten fast niemals den normalen Blutdruck wieder erreicht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Kontraktilität der Muskeln bei experimenteller Variola, von H. Roger und E. Detot. (*Journ. de physiol.* Sept. 1901.) Um die Veränderungen zu studieren, welche an den Muskeln im Verlaufe von Infektionskrankheiten sich entwickeln, haben die Verfasser Kaninchen mit 10 Tropfen Eiter aus Variolapusteln subcutan infiziert und nach Eintritt pathologischer Erscheinungen die durch den galvanischen Strom erzeugten Muskelkontraktionen geprüft. Die Tiere wurden, ohne narkotisiert zu sein, befestigt, und der eine Fuſs wurde mit dem Zeiger einer zur Aufnahme der Kurven hergerichteten Trommel in Verbindung gebracht. Während beim gesunden Tier die galvanische Erregung eine steil ansteigende und anfangs auch steil, alsdann parabolisch abfallende Kurve bewirkte, zeigten die erkrankten Tiere während des Abfalls wiederum einen ziemlich starken Anstieg und einen im weiteren Verlauf langgestreckten Abfall. In den späteren Stadien der Krankheit nahm die Kurve eine stark abgeplattete Form an. Daſs diese Veränderungen tatsächlich auf Störungen in der Muskelsubstanz beruhten, bewies die Prüfung des durchgeleiteten Stroms mit dem Galvanometer. Auch die zu erwartenden Veränderungen in Bezug auf Schlieſsungs- und Öffnungszuckung traten deutlich hervor. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Mononukleose der Variola beim Kinde und bei Erwachsenen, von J. Courmont und V. Montagard. (*Journ. de Physiol. et de Path.* 1900. No. 5.) Bei einer früheren Gelegenheit haben die Verfasser gezeigt, daſs bei der Variola mit groſser Regelmäſsigkeit schon in den ersten Stadien eine Hyperleukocytose auftritt, wobei die Zunahme vorwiegend oder ausschlieſslich die einkernigen Leukocyten betrifft, während bei Absceſsbildung und dergleichen Eiterungen eine Polynukleose statt hat. Sie haben jetzt die Zahl ihrer untersuchten Fälle auf 44 vermehrt und fanden ihre früheren Angaben durchaus bestätigt. Der Blutbefund bei einem unkomplizierten Variolafall bei Beginn der Pustelbildung ergibt: 1. einige kernhaltige, rote Blutkörperchen, 2. Lymphocyten, 3. mittelgroſse, einkernige Zellen mit nichtgekörntem Protoplasma, ferner 4. groſse mononukleäre Zellen mit blassem Kern und reichlichem, nichtgekörntem Protoplasma, 5 neutrophile, einkernige (stets vorhanden zu 2—16 %), 6. intermediäre neutrophile, 7. mononukleäre eosionophile, 8. polynukleäre neutrophile (viel weniger zahlreich als normal), 9. polynukleäre eosinophile, 10. polynukleäre basophile in geringer Zahl wie auch sonst. Beim Kinde ist die Mononukleose kein Kriterium, da etwa bis zum 12. Lebensjahre normalerweise das Verhältnis der polynukleären Zellen ein geringeres ist; dagegen erklären die Verfasser, mit groſser Zuverlässigkeit Variola ausschlieſsen zu können, wenn die Zahl der mononukleären Elemente gegenüber den polynukleären nicht vermehrt ist. Wegen weiterer Einzelheiten siehe Original. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die gesetzlichen Vorschriften zur Verhütung der Pockenepidemien, von Garrett Anderson. (*Brit. med. Journ.* 5. Juli 1902.) Die Verfasserin untersucht unter Berücksichtigung englischer Verhältnisse, inwieweit die bisherigen gesetzlichen Maſsnahmen zur Verhütung der Pocken genügend oder ungenügend waren, und inwieweit die zur Durchführung der Gesetzesakte berufenen Zentral- und Lokalbehörden ihre Pflicht getan oder es daran haben fehlen lassen.

Auch die Verfasserin kommt zu dem Schlusse, daſs die Isolierung der Pockenkranken allein ohne streng durchgeführte Vaccination und Revaccination die Pockenepidemien nicht aus der Welt schaffen werde. *C. Berliner-Aachen.*

Die Verhütung der Blattern, von L. Hughes. (*New York med. Journ.* 25. Okt. 1902.) Wiederum energische Verteidigung der Blatternschutzimpfung und besonders der Wiederimpfung, auf welch letztere von seiten der amerikanischen Ärzte und

Behörden zu wenig Gewicht gelegt werde. Im Vergleich zu diesen Schutzmaßregeln, deren Zwangseinführung jetzt ein häufiges Thema in den amerikanischen Fachschriften ist, glaubt H., seien Isolierung des Patienten, Desinfektion des Krankenzimmers, Reinigung des Körpers mit antiseptischen Bädern und Salben während der so gefährlichen Abschuppungsperiode völlig nichtssagend, Anführung der wichtigsten Desinfektionsmittel (besonders Schwefel und Formaldehyd); im allgemeinen hält H. bei ausgesprochenen Blatternfällen eine Detention der Kranken (Quarantäne) für die Zeit von 14 Tagen für hinreichend, wenn auch zuweilen nach längerer Zeit noch Ansteckung möglich ist (1 Fall nach 18 Tagen). H. ist überzeugt, daſs durch allgemeine Einführung von Impfung und Wiederimpfung die Welt dereinst von den Blattern befreit sein wird. *Stern-München.*

Wie wir Cleveland von den Blattern befreiten, von Martin Friedrich-Cleveland. (*Cleveland med. Journ.* Februar 1902.) Dem Verfasser fehlt es, wie schon der Titel seines Vortrages zeigt, nicht an Selbstbewuſstsein. Er bricht den Stab über die Impfmethode, von der er sehr üble Folgen gesehen hat. Als prophylaktisches Mittel zur Immunisierung erkennt er den Wert der Lymphe allenfalls an. Seine schlechten Erfahrungen führt er teils auf gewisse physiologische Eigenschaften der Lymphe, z. B. ihre Empfindlichkeit hohen Temperaturen gegenüber, zurück, teils auf das schlechte in den Handel gebrachte Material. Die letzte, seit 1899 in Cleveland herrschende Blatternepidemie veranlaſste im Jahre 1901 den Verfasser zu einer ausgedehnten Anwendung der Formalindesinfektion. Er wurde in seinen Bemühungen von den Behörden in dankenswerter Weise unterstützt. In jedem Stadtbezirk, in dem ein Pockenfall vorgekommen war, wurde jedes einzelne Haus in allen seinen Winkeln, die Kleidungsstücke etc. desinfiziert. Hand in Hand damit gingen andere sanitäre Maſsnahmen, die Reinhaltung, event. Neupflasterung und Kanalisierung der Straſsen, strengste Absperrung der Kranken, Quarantäne der gesunden Hausbewohner inklusive der Haustiere. Jedem frischen Krankheitsfall wurde aufs genaueste nachgegangen, festgestellt, mit wem der Erkrankte in den letzten drei Wochen zusammengekommen war etc. Auf diese Weise wurden die Pocken in wenigen Monaten völlig unterdrückt. — In der dem Vortrage folgenden Diskussion erkannten fast alle Redner Friedrichs Verdienste an. Den Wert des Impfens wollte aber doch keiner geschmälert wissen, und alle teilten den Standpunkt Rogers, der sagte: „Lassen Sie uns nicht vergessen, daſs die Impfung den Menschen immun macht, die Desinfektion aber nicht.“ *A. Loewald-Graudenz.*

Salol bei der Behandlung der Variola, von J. Biernacki und J. C. Muir. (*Brit. med. Journ.* 19. Juli 1902.) Im allgemeinen hat nach den Erfahrungen der Verfasser das Mittel in der gegenwärtigen Epidemie nicht den gehegten Erwartungen entsprochen. Es besitzt nur einen beschränkten Wert, indem es in vielen Fällen die Hautreizung und das sekundäre Fieber zu mildern schien. *C. Berliner-Aachen.*

Über einige nach Finsens phototherapeutischer Methode behandelte Pockenfälle, von Adolfo Casassa-Turin. (*Il Morgagni.* 1902. Teil I. No. 4.) Nach einigen geschichtlichen Angaben über die Anwendung des roten Lichtes berichtet Verf. über sechs Pockenkranke im Alter zwischen 21 und 47 Jahren, die mit dieser Methode behandelt wurden. Drei davon zeigten durchaus konfluierende Formen mit den üblichen, ziemlich stark ausgeprägten Prodromen. Der Heilapparat war sehr einfach: die Fenster des Krankenzimmers wurden mit rotem Papier tapeziert, nachts brannte eine rote Lampe. Gelüftet wurde am Tage durch einen seitlichen Korridor, abends wurden im Zimmer selbst die Fenster etwas geöffnet. Alle sechs Kranken wurden in 3—5 Tagen fieberfrei und blieben es während des ganzen weiteren Verlaufes bis auf zwei, bei denen durch Darmstörungen wieder geringes Fieber eintrat; das Suppurationsfieber

wurde somit vollständig unterdrückt. Den Ausschlag schien das rote Licht in den ersten Tagen wenig zu beeinflussen; aber im vesico-pustulösen Stadium machte er Halt, durchschnittlich am 6. oder 7. Tage, und in weniger als 24 Stunden trockneten die Pusteln zu Krusten ein. Narben blieben bei nur zwei Patienten, die sich an der Nase gekratzt hatten. Der Aufenthalt im roten Zimmer dauerte 10—12 Tage.

M. Levor-Hamburg.

Die Vaccination im 19. Jahrhundert. (*Brit. med. Journ.* 5. Juli 1902.) Die ganze Nummer ist ausschliefslich obigem Thema gewidmet und beginnt mit einer Wiederholung des bereits im Mai 1896 gelegentlich der Jenner-Centenarfeier publizierten Lebenslaufes Edward Jenners. Aus demselben sei hier daran erinnert, dafs Jenner am 17. Mai 1749 zu Berkeley geboren und ebendaselbst am 26. Januar 1823 von aller Welt hochgeehrt und verehrt gestorben ist. Er war ein Schüler John Hunters und stand später mit seinem ausgezeichneten Lehrer in regem brieflichen Verkehr. Durch eine junge Bäuerin aus Sodbury wurde der damals noch studierende und nicht nur medizinischen, sondern mit Vorliebe naturhistorischen, zoologischen wie geologischen Studien obliegende Jenner auf die bedeutungsvolle Entdeckung der Schutzpockenimpfung aufmerksam gemacht. Das Mädchen fragte ihn um Rat und stiefs bei der Erwähnung der Blattern die Worte aus: „Ich kann sie nicht bekommen, denn ich habe die Kuhpocken gehabt.“ Jenner forschte auf dem Lande nach und fand diesen Glauben namentlich unter den Melkern und Melkerinnen weit verbreitet. Er studierte die Kuhpocken, experimentierte viele Jahre und machte, als er seiner Sache sicher war, seinen Freund Gardner als ersten mit der Idee einer Schutzpockenimpfung bekannt. „Ich vertraue dir“, sagte Jenner, „eine höchst wichtige Sache an, von der ich fest überzeugt bin, dafs sie eine grofse Wohltat für das Menschengeschlecht sein wird.“ Am 14. Mai 1796 führte er an einem 8jährigen Knaben namens James Phipps die Kuhpockenimpfung aus. Am 1. Juli wurde dem Knaben Materie aus einer Variolapustel eingeimpft, ohne dafs derselbe die Pocken acquirierte. Seitdem hat Jenners Entdeckung, wenn auch anfangs langsam und nicht ohne Kämpfe, Anerkennung in aller Herren Länder gefunden. Mit grofser Genauigkeit werden die Auszeichnungen, Titel und Ehren, die Jenner bei Lebzeiten im Inlande und noch mehr im Auslande in so reichem Mafse zu teil geworden sind, registriert.

Angesichts der Pockenepidemie in England hat das Leben und Wirken Edward Jenners wieder aktuelles Interesse.

C. Berliner-Aachen.

Impfen und gesunder Menschenverstand, von T. D. Acland-London. (*Brit. med. Journ.* 26. April 1902.) Bringt ausführlich statistisches und sonstiges Material zur Beleuchtung des Gegenstandes. Man kann kaum begreifen, wie es möglich ist, dafs trotz der hier (wie auch sonst) vorgebrachten schlagenden Beweise die Impfgegner so viel Erfolg noch haben können.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Logik der Schutzimpfung und der Ausschlufs ungeimpfter Kinder aus den öffentlichen Schulen, von Alfr. W. Herzog-New York. (*New York med. Journ.* 13. Sept. 1902.) Aus den kurzen Ausführungen H.s ergibt sich der Schlufs, dafs das in New York gültige Staatsgesetz, wonach ungeimpfte Kinder vom Besuche der Schulen auszuschliefsen sind, entweder völlig der Logik entbehre oder es sei damit zugegeben, dafs die Schutzimpfung ein völlig ungenügendes Mittel gegen Blatterninfektion sei.

Stern-München.

Die Propaganda gegen die Vaccination. (*Brit. med. Journ.* 5. Juli 1902.) Im Jahre 1880 haben sich die englischen Gegner der Vaccination zu einer „Gesellschaft zur Beseitigung der Zwangsimpfung“ vereinigt und sich folgende Aufgaben gestellt:

1. Die Beseitigung der Zwangsimpfung;
2. die Verbreitung von Lehren betreffend die Vaccination;

3. die Unterhaltung eines Bureaus in London, um die einschlägige Literatur zu studieren, durch Publikationen und mündliche Information das Volk zu belehren.

Als Mecca für die Antivaccination erwies sich die Stadt Leicester, deren Vertreter im Parlament PETER TAYLOR zu den heftigsten Gegnern der Zwangsimpfung gehörte und manche Erfolge, allerdings nicht ohne schwere pekuniäre Opfer, zu erringen verstand. Da kamen die Pockenepidemien der neunziger Jahre den Gegnern sehr ungelegen in die Quere. Einen gewaltigen Eindruck machte namentlich die Pockenepidemie und die große Sterblichkeit unter den nicht vaccinierten Kindern in Gloucester, dem einstigen Mittelpunkte von JENNERS Entdeckung. In der Angst erinnerte man sich wieder des Mannes, den man unter der verhängnisvollen Agitation der obigen Gesellschaft kurz zuvor noch als Charlatan verschrieen hatte. Es bildete sich eine Gesellschaft, um den Namen und die Thaten EDWARD JENNERS dem englischen Volke wieder in Erinnerung zu bringen. Seit dem Jahre 1896, der Centenarfeier für JENNER, hat die Vaccination große Fortschritte gemacht, jedoch nicht so rapid und so allgemein, daß nicht England in der neuesten Zeit wieder von einer Epidemie heimgesucht worden wäre. Sie wird wohl endlich die letzten Hindernisse für die obligatorische Vaccination und Revaccination beseitigen.

C. Berliner-Aachen.

Die Impfgegner, von MARCEL LABBÉ-Paris. (*Presse méd.* 1902. No. 34.) Kein Zweifel besteht, daß die Vaccination von unsagbarem Nutzen für die Volksgesundheit ist. Zum Beweise dessen dienen zwei Feststellungen, nämlich, daß die Zwangsimpfungen in der französischen Armee einen Rückgang von 74 Todesfällen an Variola im Jahre 1880 auf vier im Jahre 1893 erzielt haben, und daß in Deutschland im Jahre 1895 infolge seiner Zwangsimpfung auf 42 Millionen Köpfe nur 27 Blatterntodesfälle zu verzeichnen sind. *Hopf-Dresden.*

Vaccinationsprobleme für das Parlament, von J. C. MCVAIL. (*Brit. med. Journ.* 5. Juli 1902.) Der Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit auf die wichtigsten, die Vaccination und Revaccination betreffenden Punkte hin, welche einer ernsthaften Besprechung im Parlament wert sind. *C. Berliner-Aachen.*

Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1901, von STUMPF-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 48—50.) Der herkömmliche, umfangreiche Jahresbericht bringt im wesentlichen nichts Neues. *Götz-München.*

Resultate bei der Impfung von 1060 Erwachsenen, von H. SINIGAR-Leavesden. (*Lancet.* 5. April 1902.) Diese Statistik umfaßt die Kranken und das Pflegepersonal der Irrenanstalt L. Als Hauptergebnis der Beobachtungen ergibt sich die Bestätigung der auch sonst gemachten Erfahrung, daß solche Kranke erfolgreich geeimpft werden können, wenn auch Komplikationen bei ihnen leichter vorkommen als bei gesunden Individuen. Namentlich waren verschiedene Erytheme dabei zu konstatieren: Erythema simplex (4 Fälle), E. punctatum (3), Erythema papulatum oder urticatum (6), Erythema multiforme (10). Ferner wurden konstatiert: Papeln, Akne, Furunkel, Karbunkel, Abscesse, ein Psoriasisrezidiv (1 Fall), Ekzem, Herpes, Vaccinia generalisata und Auto-Inokulation. Alle diese Komplikationen waren nicht derart, daß sie einen ernsteren Grund gegen die Impfung abgegeben hätten. Besonders bemerkenswert ist der Umstand, daß von den Impflingen nicht weniger als 45 deutliche Spuren von überstandener Variola darboten und daß bei 40 unter diesen die Impfung vollständig erfolgreich war. Auch sei noch erwähnt, daß von drei verwendeten Lympharten nur eine sich als wirklich zuverlässig erwies.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die sanitären Verhältnisse oder die Vaccination. (*Brit. med. Journ.* 5. Juli 1902.) Von den Gegnern der Impfung ist oft behauptet worden, dafs die Mortalität an Pocken viel mehr von den sanitären Bedingungen, in denen sich die Patienten befinden, abhänge, als von der Vaccination. Wenn auch nicht geleugnet wird, dafs viele Krankheiten ihre Ursache in den sanitären Verhältnissen haben, oder in ihrem Verlaufe mehr oder weniger von ihnen beeinflufst werden mögen, so gilt dies von den Infektionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Pocken etc. nur in sehr geringem Mafse. Es wird an einigen geeigneten Beispielen ziffernmäfsig bewiesen, dafs lediglich die Vaccination die Zahl der Todesfälle an Pocken beeinflusse. So war die Stadt Glasgow vor ca. 100 Jahren bei 83000 Einwohnern in sanitärer Beziehung sehr ungünstig gestellt. Vor Einführung der Schutzpockenimpfung kamen unter 100 Todesfällen durch verschiedene Krankheiten 19 auf die Pocken. Nach Einführung der Vaccination fiel diese Zahl in den ersten sechs Jahren auf 9, in weiteren sechs Jahren auf 4, während durch die rapide Zunahme der Einwohnerzahl die sanitären Verhältnisse eher schlechter als besser geworden waren. *C. Berliner-Aachen.*

Die Impffrage, von Therese Barnan-Syracuse N. Y. (*New York med. Journ.* 9. Aug. 1902.) Kurze Darstellung der Notwendigkeit der Schutzimpfung, welche für uns keines Beweises mehr bedarf und welche nun im Staate New York für schulpflichtige Kinder obligatorisch ist. B. verwendet Glycerinlymphe, eigentümlich ist die Art der Impfung: mit einem Zahnstocher wird die Lymphe auf die betreffende Körperstelle aufgetragen, dann erst werden die Impfschnitte gemacht; diese Reihenfolge hält B. für besser wie die umgekehrte, da man damit sicherere Resultate erzielt. Es wurden auf diese Weise einmal 560 Kinder an einem Tage geimpft, ohne dafs sie irgend eine Schmerzensäufserung taten. Nachdem die Lympfe eingetrocknet, wird die skarifizierte Stelle mit dünnem Heftpflaster bedeckt, was sich B. als der beste Schutzverband bewährte, während sie den Gebrauch anderer Deckmittel völlig verwirft. Als Impfstelle wird der linke Arm nahe dem Ansatz des Deltamuskels oder bei jungen Mädchen der linke Oberschenkel, 5—8 cm oberhalb des Knies, gewählt. B. beklagt, dafs die gesetzliche Vorschrift der Revaccination zu wenig streng gehandhabt werde und dafs die Privatschulen und die Hochschulen (oder Kollegien der Stadt) von der bezüglichen Kontrolle nicht betroffen würden — dem Freiheit liebenden Sinne des amerikanischen Volkes sei auch in sanitärer Beziehung jeder Zwang unerträglich. *Stern-München.*

Die Wichtigkeit der Zwangsimpfung nach dem Beispiel von Porto-Rico, von Azel Ames. (*Med. News.* 19. April 1902.)

Das Blatternproblem, von Ernest Wende-Buffalo. (*Med. News.* 31. Mai 1902.) Die Ausbreitung der Blattern während der letzten Monate, wie sie in ganz erschreckender Weise über das ganze Gebiet der Vereinigten Staaten sich gezeigt hat, trug ganz besondere Merkmale in Bezug auf Schnelligkeit der epidemischen Verbreitung und in Bezug auf die ausnahmsweise hohe Kindersterblichkeit. Es blieb jedoch die neue Besitzung Porto-Rico von der Epidemie verschont, seitdem es dank dem energischen Eingreifen der neuen amerikanischen Sanitätsverwaltung gelungen ist, auf der ganzen Insel die Zwangsimpfung einzuführen. Die längeren Ausführungen Ames gehen dahin, den (längst nicht mehr notwendigen. Refer.) Beweis zu erbringen, dafs nur Zwangs-Schutzimpfung den einzig möglichen Schutz gegen Blattern und Blatternepidemien bringt. Denselben Zweck hat der Artikel von Wende, der übrigens in sehr scharfer Weise über die Sanitätsbeamten, welche in den Vereinigten Staaten die Ausführung der Medizinalgesetze zu überwachen haben, urteilt, bessere Ausbildung derselben und einheitliche Vorschriften für den ganzen Staat fordert. Die Arbeit von Ames enthält noch eine Reihe interessanter Einzelheiten über die Bereitung der

Lymphe, über die früheren Sanitätszustände auf Porto-Rico, über die Schwierigkeiten, mit welchen man bei der Zwangsimpfung zu kämpfen hatte, statistische Angaben über die Zahl der Geimpften u. a. m. *Stern-München.*

Über den Einfluß der stattgehabten Vaccination in Fällen von echten Pocken, von W. R. MACDONNELL. (*Brit. med. Journ.* 31. Mai 1902.) Der Verfasser hat Untersuchungen angestellt über die Beziehung des Grades der wirksamen Vaccination, einmal zur Stärke des Widerstandes gegen die Pocken und zweitens zum Typus der letzteren; ferner über die Beziehung des Pockentypus zur Größe und Zahl der Narben. Als Material für die Untersuchungen dienten die Pockenepidemien in Leicester, Gloucester und London. Unter anderem wurde gefunden, daß nur geringe Beziehung besteht zwischen der Größe der Narbe und der Intensität der Attacke, wohl aber zwischen letzterer und der Zahl und Dauer der Pockennarben.

C. Berliner-Aachen.

Verschiedenes.

Eröffnungsvorlesung, von GAUCHER. (*Presse méd.* 1902. No. 92.) Der Nachfolger FOURNIERS auf dem Lehrstuhl für Syphilis und Hautkrankheiten widmet seinem großen Vorgänger ehrende Worte der Anerkennung und gibt einen kurzen, aber umfassenden Überblick über die großen Dermatologen, welche seit ALIBERT im Hôpital Saint-Louis und im Hôpital du midi doziert haben. FOURNIER ist der erste gewesen, der den offiziellen Unterricht in Dermatologie und Syphilidologie erteilte. Ihm verdankt die Wissenschaft unendlich viel; es sei nur daran erinnert, daß er zuerst auf die Einflüsse der Lues auf das Nervensystem und ihren kausalen Zusammenhang mit der Tabes, der Paralyse und anderen schweren Leiden hingewiesen hat, daß er den Begriff der syphilitischen Dystrophien, der Parasyphilide zuerst aufgestellt hat, die Lues hereditaria tarda in die Wissenschaft gebracht und die medizinische Literatur mit unvergleichlichen Werken bereichert hat *Hopf-Dresden.*

Das Berufsgeheimnis und die zweite internationale Prophylaxekonferenz, von BOULENGIER. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 87.) Der Verfasser wendet sich energisch gegen die Bestrebungen einer Anzeigepflicht der venerischen Krankheiten auf Kosten des Berufsgeheimnisses der Ärzte. Er glaubt, daß man die Unverletzlichkeit des letzteren auf den beiden Brüsseler Konferenzen nicht energisch genug in Schutz genommen hat. Überhaupt meint BOULENGIER, daß man heutzutage den Arzt immer mehr seiner Aufgabe der persönlichen Initiative und moralischen Verantwortung entkleidet und ihn mehr und mehr zum Polizisten zu machen geneigt ist. Außerdem sind die Polizeimaßregeln der Zwangsanzeige unwirksam, sowie ein Arzt mit seiner Diagnose nicht auf der Höhe ist. Und wie viele von unseren Ärzten ermangeln der genauen Kenntnis zum Beispiel gerade der Syphilis. Die Menschheit besteht aus großen Kindern. Man erreicht bei ihnen mehr durch Milde, Überredung und Beispiel, als durch Zwang. Zum Schluß fordert der Verfasser bessere Universitätsausbildung auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten, Sonderdiplom für Spezialisten auf diesem Gebiet und ein praktisches Jahr nach der Staatsprüfung, Fortbildungskurse, welche auch ärztliche Ethik mit umfassen müßten. Diese Kurse sollten für alle beamteten Ärzte obligatorisch sein. *Hopf-Dresden.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 36. No. 7. 1. April 1903.

Aus Dr. UNNAS Dermatologicum in Hamburg.

Ein neuer Nagelparasit.

Von

Dr. med. DREUW,
Assistent an Dr. UNNAS Hautklinik.

(Vortrag, gehalten in der biologischen Abteilung des Ärztlichen Vereins zu Hamburg.

Mit 5 Abbildungen im Text und einer Lichtdrucktafel.

Am 20. November 1901 kam an der dermatologischen Abteilung der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld ein Fall zur Beobachtung, den ich sowohl als Assistenzarzt an obigen Anstalten, als auch nachträglich als Assistent an Dr. UNNAS Hautklinik Gelegenheit hatte, näher zu studieren. Es handelte sich um einen 35jährigen Mann, der in seinen früheren Jahren (1892—95) Jokey war. Innere Erkrankungen, Lues und universelle Hauterkrankungen hat er niemals gehabt. An allen Fingern der linken Hand und am Daumen der rechten Hand sieht man den Nagel von seiner Unterlage etwa 1—3 mm in die Höhe gehoben, so dafs das Nagelbett keilförmig von vorn nach hinten unterminiert erscheint. Unter dem Nagel, in der beschriebenen, keilförmigen Nische, befinden sich graugelbliche, an den Rändern schmutzig verfärbte, krümlige, buchtige, eckige Hornmassen bis zu $^1/_2$ cm Umfang und von Papier- bis über Nageldicke, welche sich meist spontan abstiefsen, und von denen Patient im Laufe der Zeit ein kleines Pillenschächtelchen voll gesammelt hatte. Beim Schneiden der Nägel brachen dieselben an manchen Fingern in der Mitte durch, eine solche Brüchigkeit zeigte die betreffende Nagelsubstanz. Rötung und entzündliche Schwellung bestand nicht. Die Affektion war vollständig schmerzlos. Die noch erhaltenen Nageloberflächen waren opak und undurchsichtig. Patient hat die Affektion zuerst im März 1901 bemerkt.

Bei der Aufnahme des Patienten wurde nach dem makroskopischen Bilde die Diagnose auf Onychomykosis gestellt, besonders im Hinblick auf die frühere Tätigkeit des Patienten als Jokey. Vor der Behandlung

wurden Gelatine- und Agarplatten[1] in Petrischalen gegossen, indem mit einem ausgeglühten Messer einige der oben beschriebenen Hornmassen unter dem Nagel hervorgeholt und mit flüssigem Fleischwasserpeptonagar bezw. Gelatine vermischt in üblicher Weise gegossen wurden. Etwa 14 Tage nach Anfertigung der Platten, die bei Zimmertemperatur aufbewahrt wurden, bemerkte ich bei Besichtigung derselben in einer Schale zwei schneeweiſse Kolonien, die sich dadurch auszeichneten, daſs sie in der Mitte ein weiſses, stecknadelkopfgroſses Knöpfchen hatten. Die Gelatine war im Bereiche der Kolonien verflüssigt. Von anderen Keimen war mit Ausnahme von einigen weiſsen Kokkenkolonien, Penicillium und einigen Hefekolonien nichts zu bemerken. Die knopfförmigen Kolonien wurden auf schräg erstarrtes Agar gebracht, wobei die spätere Untersuchung ergab, daſs es sich um eine Reinkultur handelte. Auf dem Agar bildete sich nach etwa 10—14 Tagen wiederum das typische Bild, weiſse, über erbsengroſse Kolonien mit einem feinen, stecknadelkopfgroſsen, der Mitte aufsitzenden Knöpfchen. Durch diese eigentümliche Form der Kolonien, die ich bei Favus bezw. Trichophytie in dieser Konstanz nie gesehen, aufmerksam gemacht, erhob ich nochmals eine genaue Anamnese und erfuhr folgendes:

Patient war in einem Liqueurgeschäft in Barmen damit beschäftigt, zuckerhaltigen Liqueur in Flaschen zu füllen. Einige Kisten mit solchen Flaschen, die des Schutzes halber mit einer Strohhülse umgeben waren, hatten längere Zeit im Freien gestanden, so daſs das Stroh durch den Regen zum Teil vollständig verfault war und den Flaschen anklebte. Patient wurde nun von seinem Vorgesetzten angewiesen, im November 1900 und im Februar 1901 die Strohhülsen zu entfernen, was er in der Weise tat, daſs er die Flaschen mit der rechten Hand am Halse faſste und das dem Körper der Flasche anklebende Stroh mit allen Fingernägeln der linken Hand abkratzte. Das Stroh, welches dem Halse der Flasche nach dieser Prozedur noch anklebte, wurde von ihm in der Weise beseitigt, daſs er den Körper der Flasche mit der linken Hand faſste und mit dem Daumennagel der rechten Hand das Stroh durch eine schabende Bewegung von unten nach oben wegdrückte. Also genau an den Fingernägeln, mit denen Patient das Stroh weggekratzt hatte, befand sich die Erkrankung. Infolgedessen schloſs ich rückwärts, daſs das Agens, welches die Krankheit verursacht habe, wohl im Bereiche des Reinigungsgebietes der Flaschen gehaftet haben muſste. Leider war

---

[1] Die Fleischwasserpeptongelatine bezw. Agar waren nach der im Abel, *Taschenbuch für den bakteriologischen Praktikanten*, angegebenen Methode bereitet und hatten alkalische Reaktion.

Wenn später von Agar bezw. Gelatine die Rede ist, ist immer diese Zusammensetzung gemeint.

von dem betreffenden Stroh damals nichts zu haben, so daſs eine bakteriologische Untersuchung nicht statthaben konnte. Nachdem die Erkrankung der Fingernägel im Krankenhause geheilt und Patient am 16. Dez. 1901 entlassen war, kam er bereits am 18. Dez. 1901 wieder, mit der Bemerkung, daſs er dieselbe Erkrankung auch an den Zehen beider Füſse bemerkt habe, und in der Tat waren auch die Zehennägel unterminiert und unter denselben ebensolche krümlige Hornmassen vorhanden, wie vordem an den Fingernägeln. Durch dieselbe bakteriologische Untersuchung gelang es mir, aus diesen Hornmassen denselben Pilz mit den-



Fig. 1.
Die photographische Aufnahme fand erst nach der Behandlung statt.
Man sieht deutlich die Lokalisation an den fünf Fingern der linken Hand und am Daumen der rechten Hand allein.

selben charakteristischen Wuchsformen zu züchten. Von den Zehen des rechten Fuſses waren die drei ersten erkrankt, während am linken Fuſs die vier ersten befallen waren. Auf die Frage, wie Patient sich den Übergang der Erkrankung von den Fingernägeln auf die Zehennägel erkläre, gab er zur Antwort, dies müsse wohl beim Schneiden der Nägel gekommen sein oder dadurch, daſs er manchmal die Zehennägel mit den Fingernägeln abgekniffen bezw. die vorragenden Ränder abgerissen habe. Nach seiner zweiten Entlassung aus dem Krankenhause sandte uns Patient auf Wunsch im März 1902 die schon erwähnte Pillenschachtel

mit den Hornmassen zu. Ich untersuchte letztere kulturell-bakteriologisch, und es war nicht schwer, den schon erwähnten Pilz zu isolieren. Dort, wo nämlich die Hornmassen in dem Nährsubstrat eingebettet lagen, wuchs neben Penicillium und weifsen Kokkenkolonien eine schneeweifse Kolonie, die sich bei weiterer Isolierung als der betreffende Pilz erwies. Also bei der bakteriologischen Untersuchung der erkrankten Fingernägel liefs sich der Pilz züchten, bei der Untersuchung der erkrankten Zehennägel und getrennt davon aus den abgestofsenen Hornmassen, die vom Patienten im Laufe der Zeit gesammelt und annähernd ein Jahr alt waren. Es geht daraus hervor, wie resistent die Sporen sein müssen, wenn sie nach einem Jahr zu neuen Mycelgeflechten auswachsen. Dies konnte ich auch bei Sporen einer dreiviertel Jahre alten Kultur beobachten.

Nachdem die Nägel der Zehen durch die Behandlung[2] sich abgestofsen hatten, schlofs sich die entstandene Wunde des Nagelbettes wieder. Ich kratzte mit einem sterilen Messer kurz vor der Entlassung des Patienten am 14. Januar 1902 eine Spur von der Wundfläche der rechten grofsen Zehe ab, brachte die abgekratzten Gewebspartikelchen mit verflüssigtem Agar in Petrischalen und konnte nach einiger Zeit wieder den Pilz nachweisen. Dies gab bezüglich der Prognose zu denken, und in der Tat hat sich, wie mir der Patient am 3. Oktober 1902 brieflich mitteilte, an den beiden grofsen Zehen die Krankheit trotz der energischen Behandlung wieder eingestellt, während die ebenso behandelten Fingernägel und die übrigen Zehennägel gesund geblieben sein sollen.

Der Patient schreibt uns hierüber: „Von den alten Nägeln habe ich leider nichts mehr, sondern schicke Ihnen etwas von den neuen und zwar von den beiden grofsen Zehen. Denn sie schmerzen mich auch immer. Die anderen Nägel sind alle vollständig gesund mit sehr schönen Fingernägeln. Die übrigen, nicht ausgezogenen (d. h. durch die Behandlung; der Verfasser) sind bis jetzt unversehrt geblieben. Meine Frau und Kinder haben nichts davon bekommen. Sonst bin ich im übrigen mit Händen und Füfsen sehr gut zufrieden. Nur mit den beiden grofsen Zehennägeln ist es auffallend. Der eine ist mit, der linke ohne Nagel. Meiner Ansicht nach sind die beiden dicken Zehen noch krank. Denn die Nägel sind

---

[2] Die Behandlung bestand, ebenso wie bei den Fingernägeln, darin, dafs morgens und abends folgende Lösung mit einem Pinsel aufgetragen wurde:

Acid. salic.
Acid. pyrogall. āā 3,0
Alkoh. 10,0.

Danach stellte sich nach einigen Tagen eine Entzündung des Nagelwalles und des Nagelbettes ein, so dafs sich eine mit seröser Flüssigkeit gefüllte Blase bildete und der Nagel entweder spontan abfiel oder mit einer Pincette leicht zu entfernen war. Die Schmerzen wurden durch 5%ige Cocainpinselungen momentan gestillt. Die Abheilung erfolgte unter indifferenter Salben- bezw. Pastenbehandlung.

genau wie früher. Auf der rechten dicken Zehe ist nur ein wenig Nagel, der wächst noch nicht."

Aus dieser Sendung vom 3. Oktober 1902 wurden nun in üblicher Weise Kulturen angelegt und auch die mir inzwischen zur Kenntnis gekommene PLAUTsche in situ Methode[3] der Pilzzüchtung in Anwendung gebracht. Durch beide Methoden wurde der Pilz wieder gewonnen, nach letzterer, nachdem das unter dem Deckglas mit Mikroorganismen der verschiedensten Art gewachsene Mycelgeflecht auf Kartoffel übertragen war, wo neben Aspergillus niger ein starkes Wachstum eines weißen Pilzes stattfand.

Ich lasse nunmehr eine Beschreibung der Morphologie des Pilzes, der Kulturen, der Conidien und der charakteristischen Eigentümlichkeiten folgen, sodann das Vorhandensein desselben in den angefertigten Mikrotomschnitten, sowie die Unterschiede, die ihn von anderen, namentlich dem Trichophyton und Achorion Schönleinii, auszeichnen.

A. Morphologie des Pilzes.

a) Kulturen.

1. Gelatineplatten. Schüttelt man Sporenmaterial des Pilzes mit verflüssigter Gelatine und gießt diese in eine Petrischale, so bilden sich in 1—3 Tagen bei Zimmertemperatur aus jeder Spore sternförmige Figuren. Diese bestehen aus Mycelfäden, die sich dichotom verzweigen und schließlich, wie die mikroskopische Untersuchung bei schwacher Vergrößerung zeigt, nach 4—6 Tagen, ein dicht aneinander liegendes, radiär angeordnetes septiertes Mycelgeflecht bilden. Das Wachstum der Fäden ist ziemlich lebhaft.

Dieselben sind doppelt konturiert und so angeordnet, daß die peripher ausstrahlenden Fäden, wie die Sonnenstrahlen die Sonne, das dicht aneinander gelagerte mittlere Mycelgeflecht überragen. Dabei liegen die Randstrahlen der Kolonie exakt radiär nebeneinander, ohne sich zu kreuzen. Schon makroskopisch kann man in der ersten Entwicklung jede Kolonie an der grauen, durchscheinenden Farbe, an der wie mit einem Zirkel gezeichneten runden Gestalt, an dem feinen radiären Bau, sowie mikroskopisch an den parallel verlaufenden, sich nicht kreuzenden Randstrahlen ziemlich sicher erkennen. Am 8.—10. Tage, event. auch später, tritt dann, namentlich wenn die Gelatineschicht nicht zu dünn ist,

[3] Die PLAUTsche Methode wurde in der Weise angewandt, daß kleine Bröckel der Hornstückchen auf einen vorher in der Bunsenflamme sterilisierten Objektträger gelegt und mit einem sterilen Deckglas bedeckt wurden. Dieses wurde an den vier Ecken durch je einen Wachstropfen befestigt. Der so vorbereitete Objektträger wurde dann in eine feuchte Kammer gebracht, worauf nach einigen Tagen ein makroskopisch sichtbares Mycelgeflecht aus den Hornstückchen hervorwuchs.

in der Mitte der grau aussehenden Kolonie ein schneeweifses Knöpfchen auf, welches als stecknadelkopfgrofse Erhabenheit auch später noch angetroffen wird und selbst nach Monaten an den einzelnen Kolonien noch sichtbar ist (Versporung). Die anfangs graue Farbe wird nach der Knöpfenbildung vom Zentrum nach der Peripherie zu schneeweifs (siehe Tafel, Fig. 8). In diesem Stadium sieht man, wenn man die Kolonie von unten betrachtet, das Knöpfchen als eine deutliche Delle. Vollständige Verflüssigung der Gelatine tritt am 3.—5. Tage auf. Dabei zeigt sich deutlicher NH_3-Geruch. Ein an den Deckel der Petrischale geklebtes rotes Lackmuspapier bläut sich bald intensiv.

2. Agarplatten. Die Entwicklung ist im allgemeinen dieselbe wie bei No. 1, nur dafs keine Verflüssigung eintritt; daher ist auch jede Agarkolonie schärfer umrandet und schärfer ausgeprägt.

3. Agarröhrchen } mutatis mutandis wie bei 1 und 2.
4. Gelatineröhrchen }

5. Bouillon. In alkalischer Fleischwasserpeptonbouillon tritt Wachstum bei Zimmertemperatur ein. Die einzelnen, aus einer Spore hervorgehenden Kolonien entwickeln sich getrennt von einander. Es bildet sich im allgemeinen keine die Bouillon bedeckende Membran. Beim ruhigen Stehenlassen des Röhrchens senkt sich jede Kolonie nach unten, so dafs auf einer grauen Masse von Kolonien, die auf dem Boden des Reagensglases lagern, eine vollständig klare Flüssigkeit geschichtet ist. Am Rande der Bouillon entstehen runde, graue, strahlige, dem Reagensglase anhaftende Kolonien, namentlich im Erlenmeyerkolben.

6. Löfflersches Rinderblutserum, wie unter No. 5.

7. Saure Gelatine. In leicht mit HCl angesäuerter Gelatine trat Mycelbildung und Verflüssigung ein.

8. Saure Bouillon. Zwei Röhrchen mit 10 ccm wurden mit zwei Tropfen Acid. hydrochl. dilut. versetzt. In einem trat keine Entwicklung ein, in dem anderen bildete sich eine Masse zusammenhängender Sporen und Pilzfäden, die als ein etwa erbsengrofses Gerinnsel in der Flüssigkeit schwammen, ohne weitere Kolonienbildung zu veranlassen, während bei alkalischer Bouillon zahlreiche Einzelkolonien entstehen. (Mikroskopische Untersuchung dieser Kultur siehe unter Conidien, S. 347, No. 3.)

9. Plautsche und Lindnersche Kammer. (Siehe S. 348, No. 6, und S. 350, ad II.)

10. Milch wird koaguliert am 8.—10. Tage. Über dem Coagulum bildet sich eine schwefelgelbe Verfärbung der dem Reagensglase anhaftenden Milch.

11. Auf Kartoffel lebhaftes Wachstum. Weifser Rasen bezw. Hügel. Hier und da Sternbildung durch Lufthyphen. Eine graue Randzone ist kaum bemerkbar.

b) Konidien.

1. Agarkultur. 15 Tage. Zimmertemperatur. LINDNERsche Federstrichmethode (siehe S. 348, Anmerkung 4). Färbung: UNNAsche mit Karbolfuchsin (siehe unter Mikrotomschnitte S. 349, Anmerkung 5).

Sowohl im gefärbten als ungefärbten Präparat herrscht Keilform vor. Das eine dicke Ende des Keils ist abgerundet, das andere läuft in einen spitzen Schnabel aus, von welchem bei der Keimung der erste Keimschlauch ausgeht. Daneben sieht man ovale, stäbchenförmige Sporen, hier und da auch eine runde, jedoch sind diese sehr selten. Es kommen auch sichelförmige Sporen vor und solche, die an die Form eines quergeschnittenen Bikonvexglases erinnern. Die Gröfse der ungefärbten Sporen schwankt zwischen 1,5 und 2,6 μ. Chlamydosporen sind nur ausnahmsweise vorhanden, in den Degenerationsformen. Fusiforme Sporen, wie sie sonst bei Trichophytiepilzen und bei Favus in die Erscheinung treten, habe ich nicht bemerkt. Es ist keine Spur irgend einer Oidiumbildung vorhanden.

2. LÖFFLERsches Rinderblutserum. 8 Tage. Zimmertemperatur. Auch hier herrscht die Keilform der Sporen vor, jedoch sind alle möglichen Übergänge vorhanden (Birnformen). Auch sieht man mehr runde Sporen. Im allgemeinen tritt eine Abrundung und Vergröfserung der Sporen ein (hervorgerufen durch Flüssigkeitsaufnahme). Die Sporen liegen zum Teil frei, zum Teil eingebettet in ein Maschenwerk von Mycelien, welche ihrerseits auch bedeutend dicker erscheinen, als die auf Agar gewonnenen Mycelfäden. Hier und da sind die Mycelfäden kolbig angeschwollen.

3. Saure Bouillon. Auf 10 ccm Bouillon zwei Tropfen Acid. hydrochl. dilut. Zimmertemperatur.

Eingelagert in ein Maschenwerk unregelmäfsig gekörnter Mycelfäden, sieht man fast nur kreisrunde, die gewöhnlichen Sporen mindestens um das doppelte bis dreifache an Gröfse übertreffende Sporen. Viele derselben senden unvollkommen entwickelte Mycelien aus. Manche sind eben im Begriff zu keimen. Auffallend ist die Gröfse der Sporen, die vollständige Abrundung und die sicherlich im Degenerationsstadium sich befindlichen Mycelfäden, zwischen denen im Maschenwerk sich auch amorphe, rot färbende Körnchen befinden. Die Mycelfäden sehen an manchen Stellen aus, als ob sie abgebrochen seien und den Zusammenhang mit den übrigen Mycelfäden verloren hätten. In den meisten ist ein wie geronnener Inhalt.

4. Reibepräparat. Nach Verreibung von Hornmassen mit Acid. acet. glaciale wird mit Karbolfuchsin nach UNNA gefärbt.

Man sieht zahlreiche keilförmige Sporen neben runden und polygonalen. Die keilförmigen sehen den Flaschenbacillen an Gröfse und Gestalt

so ähnlich, dafs ich sie anfangs dafür hielt. Jedoch als ich sie mit den Sporen einer Agarreinkultur verglich, zeigten dieselben eine frappante Ähnlichkeit. In dem Reibepräparat fand sich auch an einzelnen Stellen ein Mycelgeflecht, welches, sowohl was die Dicke der Fäden als auch deren Anordnung betrifft, den in der PLAUTschen Kammer (siehe später S. 350, II) und in Reinkultur gewonnenen Mycelien durchaus ähnlich war.

5. Im Mikrotomschnittpräparat (Färbung siehe S. 349, Anm. 5). In jedem Schnittpräparat finden sich die schon beschriebenen Formen der Sporen, sowohl die keilförmigen, als auch die polymorphen und runden Formen in grofser Anzahl, namentlich in den vom pathologischen Prozefs schon mehr angegriffenen peripheren Partien, die durch Pikrin gelb gefärbt waren (siehe S. 350, ad I).

6. Sporen in der LINDNERschen Kammer.[4] Die Entwicklung geht folgendermafsen vor sich: Die keilförmigen Sporen einer zwölf Tage alten, bei Zimmertemperatur gezüchteten Agarkultur wurden

am 2. 12. 02 11 Uhr morgens in die Kammer gebracht;

am 3. 12. 02 8 Uhr morgens zeigte sich eine Vergröfserung und Abrundung der Sporen;

am 3. 12. 02 6 Uhr abends hatten die Sporen Fortsätze aus den

---

[4] Diese in dermatologischen Kreisen allzuwenig bekannte und angewandte Methode hat mir bei der Beobachtung des Pilzwachstums aus einer Spore vorzügliche Dienste geleistet. Sie gestattet unter dem Mikroskope eine beständige Beobachtung der Mycelentwicklung bis zur Fruktifikation. Die Methode beruht auf dem Prinzip, dafs, wenn man Sporen mit irgend einer Flüssigkeit, z. B. Nährbouillon, mischt, in diese Mischung eine gewöhnliche Stahlfeder taucht und mit dieser dann Striche auf einen entfetteten Objektträger schreibt, jeder folgende Strich weniger Sporen aufweist als der vorhergehende. Man kann diese Methode bei den verschiedensten Untersuchungen anwenden. Behufs Beobachtung der Keimung aus einer Spore des vorliegenden Pilzes verfuhr ich folgendermafsen:

Nachdem auf einen sterilen Objektträger einige Tropfen Bouillon gebracht, wurde in diese eine Spur von Sporenmaterial mit der Platinöse vermischt, eine sterile Feder in diese Mischung eingetaucht und auf ein steriles Deckglas etwa zehn parallele Striche in der Mitte desselben gemacht. Dieses werde dann sofort mit der beschriebenen Seite nach unten auf die Höhlung eines sterilen, hohlgeschliffenen Objektträgers gelegt, nachdem vorher auf den Boden der Höhlung des Objektträgers zwei Platinösen Bouillon gebracht waren. Darauf wurde das Deckglas mit Wachs umwandet, indem man mit dem Docht einer angezündeten und dann ausgeblasenen Wachskerze rasch Striche um den Deckglasrand zog. Das so hergestellte Präparat wurde in Zimmertemperatur gebracht. Ein Vorteil dieser Methode gegenüber dem hängenden Tropfen ist der, dafs das Wachstum der Schimmelpilze (bei Spaltpilzen habe ich keine Erfahrung) in einer Ebene der unteren Deckglasfläche erfolgt. Daher eignet sich die Methode vorzüglich zur mikroskopischen Beobachtung, jedoch auch zur Mikrophotographie (siehe Tafel, Fig. 2 u. 5). In jedem Augenblick kann man das Wachstum unterbrechen und das abgehobene Deckglas färben. Auf diese Weise erhält man Dauerpräparate der verschiedenen Stadien irgend einer Pilzentwicklung, wenn man an ein und demselben Tage etwa zehn LINDNERsche Kammern anlegt und jeden Tag nach der Keimschlauchbildung ein neues Deckglas ausschaltet und färbt. Ich habe dasselbe in der Bunsenflamme fixiert, nach der schon angegebenen Methode mit Karbolfuchsin gefärbt und vorzügliche Bilder erhalten.

Auch zur Anfertigung feiner Ausstrichpräparate mit irgend einem Bakterien- oder Sporenmaterial eignet sich die Federstrichmethode LINDNERS hervorragend.

keilförmig zulaufenden Spitzen getrieben; die Sporen nebst Fortsätzen hatten ungefähr folgendes Aussehen: (siehe Fig. 2)

am 4. 12. 02 9 Uhr morgens: (siehe Fig. 3)

am 5. 12. 02 6 Uhr abends: (siehe Fig. 4)

am 6. 12. 02 9 Uhr morgens: (siehe Fig. 5)

am 8. 12. 02 Ektosporenbildung (siehe Tafel, Fig. 2); lebend photographiert, nicht gefärbt.

B. Mikrotomschnitte.

Was das Vorhandensein des Pilzes bezw. seiner Sporen im kranken Gewebe betrifft, so stand mir bei der Untersuchung kein anderes Material zur Verfügung, als die mir übersandten Hornstückchen. Ich habe eine

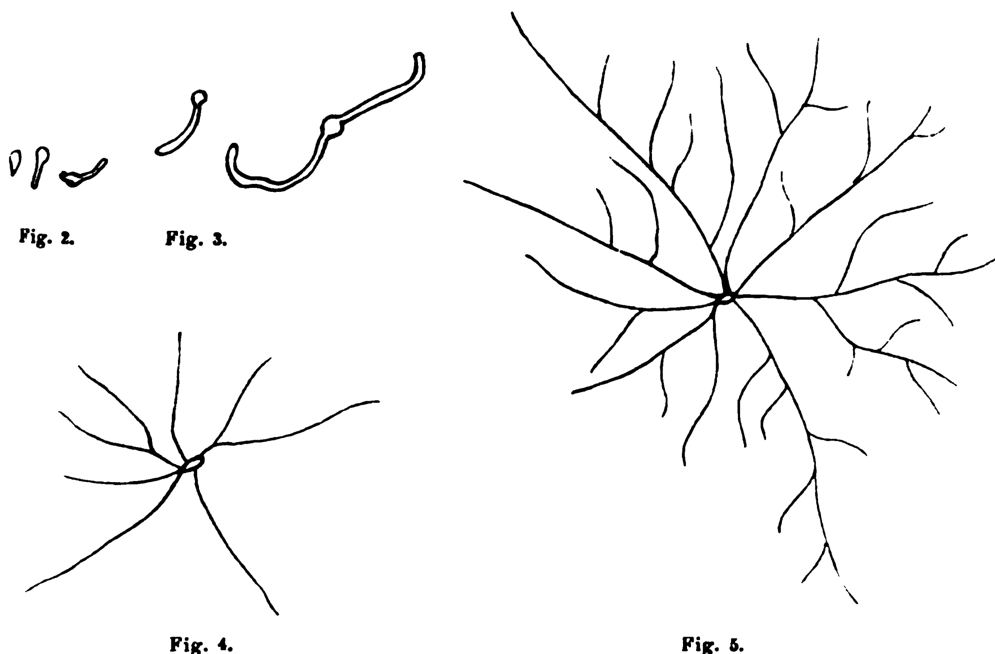


Fig. 2. Fig. 3.

Fig. 4. Fig. 5.

ganze Reihe von Celloidinschnitten nach der Gramschen Methode untersucht, aber bei der starken Färbung des Horngewebes durch Gentianaviolett war es mir nicht möglich, Mycelien bezw. Sporen zu finden. Ich ging dann zu einer anderen, der Unnaschen Färbung[5] mit Karbolfuchsin und Entfärbung durch Pikroanilin über, durch welche es mir gelang, in

[5] Die Celloidinschnitte wurden in einem Schälchen mit Karbolfuchsin erhitzt, bis Dämpfe aufstiegen, 1—2 Minuten in dieser erwärmten Karbolfuchsinlösung gelassen, auf Fliefspapier getrocknet und in ein anderes Schälchen mit Lugolscher Lösung etwa 2—3 Minuten gebracht. Darauf wurden sie wieder auf Fliefspapier getrocknet, in eine Lösung von Pikroanilin gebracht, etwa 5—10 Minuten, und dann in Anilin. pur. bis 24, 48 und 72 Stunden. Darauf wurden sie in Xylol gelegt und in Canadabalsam eingebettet.

jedem Schnitt durch das Horngewebe Sporen in grofser Anzahl zu finden. Diese waren den in Reinkultur gewonnenen durchaus, was Gröfse und Gestalt betrifft, ähnlich. Es wurden die Untersuchungen bezüglich des Vorhandenseins der Pilze im Gewebe auf dreierlei Art vorgenommen:

I. Nach Fixierung in Alkohol, Entfettung in Alkoholäther wurden obige Hornstückchen in Celloidin eingebettet und wie angegeben gefärbt.

II. Hornstückchen von Streichholzdicke wurden 20 Tage in die PLAUTsche Kammer[6] gelegt, bis Mycelentwicklung eingetreten, dann fixiert, eingebettet, geschnitten und gefärbt.

III. Es wurden Reibepräparate gemacht, indem nach Entfettung in Alkoholäther kleine Hornpartikelchen mit Acid. acet. glac. zerrieben und dann wie angegeben gefärbt wurden.

Ad I. Nach der Färbung läfst sich an jedem Schnitt ein kompakter, rot gefärbter Teil von einem zerfaserten, unregelmäfsig gezackten, gelb gefärbten, peripheren Teil unterscheiden. Der kompakte ist karminrot gefärbt. Zwischen ihm und der gelben Peripherie befindet sich eine ziegelrot gefärbte Zone, in welche der gelb gefärbte periphere Teil Einbuchtungen hineinsendet, in denen ebenso wie in der gelben Peripherie neben rot gefärbten Sporen sich Kokken, Stäbchen und Schmutzpartikelchen befinden. Überall, wo man letztere in der gelben Substanz sieht, wird man bei genauem Suchen auch rot gefärbte, keilförmige und runde Sporen finden. Diese dringen hier und da selbst in das Innere der ziegelroten Zone ein. Die Spaltpilze dringen nicht soweit vor, sondern liegen hauptsächlich in der äufsersten Peripherie der gelben Zone. Dieser Umstand läfst vielleicht darauf schliefsen, dafs letztere eine mehr sekundäre Rolle spielen, während der Prozefs in das Innere der Stachelsubstanz hineingetragen wird durch die Pilzmycelien bezw. ihre Sporen, wobei diese eine Auflockerung bezw. Auflösung der Hornsubstanz bewirken. Wie diese Auflösung zu stande kommt, entzieht sich meiner Beobachtung, vielleicht dafs ein Ferment bezw. ein Toxin gebildet wird, welches zum allmählichen Zerfall der Hornsubstanz führt.

Ad II. Diese PLAUTsche Methode ist, soviel ich weifs, noch nicht angewandt worden, um das Vordringen von Pilzen ins Gewebe und die durch dieselben hervorgerufene Zerstörung des letzteren zu studieren. Ich glaube, dafs gerade diese Methode geeignet ist, um das Eindringen von Hyphomyceten, vielleicht auch von Spaltpilzen in tierisches Gewebe zu beobachten. Vor dieser Behandlung kann man zur Kontrolle zweckmäfsig die Hälfte des betreffenden Stückchens einbetten und untersuchen. Bei Hyphomyceten gestattet die Methode, wenigstens in meinem Falle, die Beobachtung des Pilzwachstums ins Gewebe einerseits und den Gewebs-

---

[6] Methode siehe S. 345, Anmerkung 3.

schwund durch den vordringenden Pilz andererseits. 20 Tage nach der Behandlung von Hornstückchen mit der in situ-Methode bekam ich schöne Bilder von Mycelentwicklung im Horngewebe. Dabei fällt ein Vorteil der Methode besonders ins Gewicht, daſs sich die vorhandenen Pilze in situ, wie der Name sagt, vermehren. Bei den unter No. I, S. 350, beschriebenen Schnitten ist wenigstens in der Mitte derselben das Horngewebe noch erhalten und karmin- bezw. ziegelrot gefärbt. Bei den in der PLAUTschen Kammer behandelten Präparaten ist dasselbe auch in der Mitte vollständig geschwunden, und an seine Stelle ist ein an vielen Stellen gelb, an anderen rot gefärbtes Mycelgeflecht mit zahlreicher Sporenentwicklung getreten. Es hat also durch die Pilzentwicklung eine experimentell herbeigeführte Auflösung der vor der Behandlung mit der in situ-Methode vorhandenen Hornsubstanz auſserhalb des menschlichen Körpers stattgefunden. Nur an ganz vereinzelten Stellen sind noch geringe Überreste der Hornsubstanz vorhanden, welche, falls die Pilzentwicklung in der PLAUTschen Kammer noch etwas länger gedauert hätte, auch sicher dem Vordringen der Pilzmycelien hätte weichen müssen, denn auch in diese spärlichen Überreste sendet das Mycelgeflecht der Umgebung bereits seine, allerdings wenigen Ausläufer zwischen die einzelnen Hornlamellen. Ebenso sind zwischen denselben, jedoch in ganz geringer Zahl, Sporen anzutreffen. Die im Präparat zahllos vorhandenen Sporen sind an Gröſse verschieden. Die gröſseren, in der Peripherie gelegenen, haben eine Gröſse von etwa 7—10 μ. An denselben kann man einen stark dunkelrot gefärbten inneren Teil von einer gelb gefärbten Rindenschicht (Membran) deutlich unterscheiden. Vielfach sind dieselben in Mycelbildung begriffen.

Neben diesen groſsen Sporen finden sich in erheblich gröſserer Anzahl kleinere Sporen von verschiedener Gestalt, ovale, runde, namentlich jedoch keilförmig zugespitzte Sporen. Spaltpilze sind spärlich im ganzen Präparat, namentlich an der Peripherie, anzutreffen. (Zu diesem Kapitel vergleiche die Tafel, Fig. 1.)

Ad III. Man sieht im Präparat neben vielen Spaltpilzen Sporen der verschiedensten Form, keilförmige, runde, ovale und polymorphe, meist von derselben Gröſse wie die in Reinkultur gewonnenen. Die Sporen liegen teils zwischen, teils auf den im Präparat sichtbaren Hornschuppen, welch letztere die verschiedenen, schon sub I erwähnten Farben (karminrot, ziegelrot und gelb) angenommen haben. An einzelnen Stellen findet sich ein vollständig erhaltenes Mycelgeflecht, welches an einer Stelle einer gelb gefärbten Schuppe aufliegt. Zwischen den Mycelfäden liegen einige Sporen. Im übrigen verweise ich auf die Beschreibung der Sporen (siehe S. 347, No. 1).

C. Eigenschaften des Pilzes.

Wie schon beim Kapitel „Conidien" hervorgehoben, sind letztere in einer bei Zimmertemperatur gezüchteten Agarkultur von 16 Tagen zum gröfsten Teil keilförmig. Man sieht in dieser Kultur kaum andere Formen, ein Zeichen, dafs wahrscheinlich Ektosporenbildung eingetreten ist, wie denn auch die Beobachtung in der LINDNERschen Kammer gezeigt hat. (Siehe Tafel, Fig. 2.)

Einflufs der Temperatur.

Bringt man aus einer bei Zimmertemperatur gewachsenen Agarkultur von etwa 15—20 Tagen weifses Sporenmaterial auf schräg erstarrtes Agar, bezw. in Bouillon oder Milieu d'épreuve (SABOURAUD) bei 37 ° C., so macht man die Beobachtung, dafs absolut kein Wachstum eintritt. Ich habe dieses Verhalten zu wiederholten Malen beobachtet. Setzt man, nachdem etwa 8—14 Tage diese Kultur bei 37 ° gestanden hat, dieselbe der gewöhnlichen Zimmertemperatur aus, so habe ich in einzelnen Fällen Wachstum beobachtet, in den meisten jedoch blieb jegliche Entwicklung aus.

Nachdem man dann auf demselben Nährboden nach einiger Zeit eine neue Aussaat gemacht, zeigte sich bei Zimmertemperatur in kurzer Zeit üppiges Wachstum. Zunächst schlofs ich aus diesem Verhalten, dafs dem Pilz vielleicht eine pathogene Eigenschaft nicht hätte zukommen können.

Durch Zufall stieg nun eines Tages die Temperatur im Brutschrank auf 34 °, und ich machte von der im Brutschrank befindlichen Kultur eine Überimpfung auf Agar, worauf sich bei 34 ° Entwicklung zeigte. Ich steigerte die Temperatur dann allmählich und beobachtete bei späteren Versuchen immer dann Wachstum bei 37 °, wenn ich die Sporen bei 20—24 ° sich erst „anwachsen" liefs und sie, sobald Mycelentwicklung eingetreten, allmählich einer Temperatur von 37 ° aussetzte. Übertrug ich bei 37 ° gewachsene, mit einem Stückchen Agar zusammen ausgeschnittene Mycelien auf einen neuen Agarnährboden, so trat regelmäfsig bei 37 ° Entwicklung ein. Dabei bildeten sich weifse Sterne aus weifsen Lufthyphen. Auf alle Fälle ist also Entwicklung bei 37 ° möglich.

Kulturen, die ich einer Kälte von 0 ° ausgesetzt hatte, zeigten ebenfalls Wachstum. Der Versuch wurde so angestellt, dafs nach der Impfung eines Agarröhrchens mit einer bei etwa 5—8 ° C. gezüchteten Agarkultur das Röhrchen in Eis gestellt wurde. Dabei zeigte sich Mycelbildung, hauptsächlich auch dann, wenn, wie bei 37 °, ein Stückchen Agar + Mycel übertragen wurde.

Am 5. 12. 02 wurde ein Agarröhrchen einer Kälte von — 4 ° ausgesetzt, nach zwei Stunden in eine Kälte von 0 ° gebracht, worin es bis

zum andern Morgen verblieb. Die Temperatur stieg dann am Tage bis + 5°, während sie nachts auf 0° sank. Dabei trat lebhaftes Wachstum ein. Bei diesen im allgemeinen gleichen Schwankungen wurde es bis zum 13. 12. 02 erhalten und dann in Eiswasser gestellt, wobei am 16. 12. 02 die ganze schräg erstarrte Agarschicht mit grauer Mycelbildung überwuchert war. Lufthyphen waren nicht vorhanden, ebenfalls keine weiſse Knöpfchenbildung. Diese graue Mycelschicht haftete dem Nährboden so fest an, daſs sie nur mit Gewalt vom Nährboden und nur in Verbindung mit demselben abzutrennen war.

Zwei von dieser Kultur am 13. 12. 02 abgeimpfte Agarröhrchen wurden ebenfalls in Eiswasser gestellt und bei 0° erhalten, wobei höchstens vorübergehende Schwankungen bis + 1° eingetreten sind. Es trat ebenfalls Wachstum ein, namentlich dann, worauf ich schon bei der Wachstumsbeschreibung bei 37° hinwies, wenn ich ein Stückchen Agar + Mycelrasen auskratzte bezw. mit dem Platiniridiummesser ausschnitt und mit der Schichtseite übertrug. Schon fünf Tage später war um das excidierte Stückchen ein deutlicher grauer Mycelstrahlenkranz sichtbar. Nach weiteren vier Tagen wurde eins der Röhrchen in eine Temperatur von 8° gebracht, wobei sich ein Stern von Luftmycelien bildete, der jedoch, entgegen bei 37°, keine weiſse, sondern graue Farbe zeigte. Spätere Versuche bestätigten mir die Tatsache, daſs bei 0° Wachstum eintritt, wenn bei niederer Temperatur (6—8°) gezüchtete Pilze mit dem Nährboden excidiert und übertragen werden. Meines Wissens ist eine Wachstumsbreite von 0° bis 37° bei einem Fadenpilz noch nicht konstatiert worden. Wenigstens habe ich in der einschlägigen Literatur nichts gefunden.

Zopf[7] sagt in seinem Lehrbuch, S. 201, über Temperatur:

„Wie bei allen Mikroorganismen, so stehen auch bei den Pilzen die Lebensprozesse in Abhängigkeit zur Temperatur.

Diejenigen Temperaturgrade, bei welchen der betreffende Prozeſs sich am energischsten gestaltet, bezeichnet man als Temperaturoptimum. Von diesem, nach abwärts dem Nullpunkte zu, sowie nach aufwärts, nimmt die Energie des betreffenden Prozesses ab. Die unterste Grenze, bei der irgend eine Lebenstätigkeit noch erfolgen kann, pflegt man Temperaturminimum, die oberste Temperaturmaximum zu benennen. Bei jeder genaueren Temperaturbestimmung für irgend einen Lebensvorgang handelt es sich immer um Feststellung dieser Kardinalpunkte. Doch sind Untersuchungen dieser Art nur erst für sehr wenige pilzliche Objekte durchgeführt worden.

Was zunächst die Keimungstemperatur anbelangt, so liegt, um vorerst

---

[7] Dr. Wilh Zopf, Die Pilze in morphologischer, physiologischer, biologischer und systematischer Beziehung. Breslau. Verlag von Eduard Trewendt. 1890.

die vollständigen Untersuchungen zu erwähnen, nach WIESNER[8] für die Konidien von Penicillium glaucum

das Minimum bei 1,5—2 ° C.
„ Optimum „ 22 °
„ Maximum „ 40—43 °.

Nach WETTSTEIN für die Konidien von Rhodomyces Kochii:

das Minimum bei 2—4 ° C.
„ Optimum „ 20—40 °
„ Maximum „ 50 °.

Mit der Keimungstemperatur dürfte wohl die der kräftigen Mycelentwicklung vielfach zusammenfallen. In manchen Fällen mag sie etwas höher liegen. Doch fehlen genaue Ermittelungen hierüber."

Befindet sich der von mir gefundene Fadenpilz mit anderen Hyphomyceten in der Petrischale zusammen, so unterscheidet er sich sehr gut von letzteren durch den exakt radiären dichten Verlauf der Randstrahlen, durch seine runde Gestalt, durch seine weiſse Farbe, durch seine Fähigkeit, streng lokalisiert zu bleiben, eventuell durch seine Knöpfchenbildung, sowie durch seine Entwicklung in der Kälte und seine Entwicklungshemmung in der Wärme. Man tut also gut, ihn bei Isolierungsversuchen bei niederer Temperatur, 8—15 °, zu züchten, da dann die Spaltpilze im Wachstum zurückbleiben und der Pilz manchmal erst nach drei oder vier Wochen mit seiner schneeweiſsen Farbe in die Erscheinung tritt und isoliert werden kann.

Je nach dem Wärmegrad und der chemischen Zusammensetzung des Nährbodens erhält man verschiedene Bilder (Polymorphismus).

Kolonien, die auf Agar bei gewöhnlicher Zimmertemperatur gewonnen werden (die Agarschicht darf nicht zu dünn sein), zeigen nach der weiſsen Knöpfchenbildung den bei der Beschreibung der Gelatineplatten erwähnten grauen, strahligen Rand in einer Breite von 1—2 mm. Wurde die Kultur bei 24 ° weiter gezüchtet, so wurde der graue Rand bedeutend breiter, bei manchen Kulturen bis 1/2 und 3/4 cm breit. Auch die Knöpfchenbildung war nicht so typisch. Daſs excidierte Stückchen bei 37 bezw. 0 ° und 8 ° weiſse bezw. graue Sterne von Lufthyphen bilden, habe ich bereits erwähnt. Auf Kartoffelnährboden zeigen sich diese Sternbildungen in wunderschöner weiſser Farbe schon bei gewöhnlicher Temperatur.

Die schönsten und verschiedensten, jedoch charakteristischen, manchmal künstlerisch schönen Bildungen erhielt ich durch Züchtung des Pilzes im ERLENMEYERschen Kolben nach der SABOURAUDschen Methode (Riesenkulturen). Ich habe, um den Polymorphismus zu studieren, verschiedene

[8] Sitzungsbericht der Wiener Akademie. Bd. 68. I (1873), pag. 5 ff.

ERLENMEYER-Kolben mit Milieu d'épreuve SABOURAUD (Maltosepepton),[9] mit Fleischwasserpeptonagar und mit Lävulosepepton (UNNA)[10] gefüllt und geimpft.

Charakteristisch ist bei den Kulturen auf Maltosepepton (Milieu d'épreuve SABOURAUD) die zahllose Menge steil aufragender Lufthyphen, so daſs die ganze Kultur das Aussehen von Igelborsten erhält. (Siehe Tafel, Fig. 9, 7 u. 7a). Im übrigen gedenke ich den ausgeprägten Polymorphismus auf den verschiedenen Nährböden bei verschiedener Temperatur in einer besonderen Abhandlung noch zu berücksichtigen.

D. Unterschied von Trichophytie bezw. Favus.

Allgemein unterscheidet man zwei Arten von Onychomykosis:

1. eine Onychomykosis trichophytina,
2. eine Onychomykosis favosa.

Es liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit bezüglich der Onychomykosis trichophytina die Frage der Trichophytie aufzurollen, wie sie durch hervorragende Forscher wie SABOURAUD, BODIN und UNNA aufgeworfen ist.

SABOURAUD unterscheidet:

1. Mikrosporon Audouinii,
2. Megalosporon,
   a) endothrix,
   b) ectothrix.

Ich halte mich im folgenden hauptsächlich an HELLER:[11]

„Nach COLCOTT FOX und FRANK BLAXALL soll Mikrosporon Audouinii niemals Erkrankung der Nägel erzeugen, ebenso wie Megalosporon endothrix nicht. Demgemäſs wird eine Onychomykosis trichophytina also nur hervorgerufen durch Megalosporon ectothrix. In den bisher vorliegenden Arbeiten ist selbstverständlich auf die spezielle Art der Trichophytien keine Rücksicht genommen. UNNA in seiner Hauthistopathologie fordert mit Recht, daſs eine erneute Untersuchung der Onychomykosis trichophytina vorgenommen werde. Was die Seltenheit der Affektion betrifft, so sei hervorgehoben, daſs SABOURAUD, der wohl über das gröſste Trichophytiekrankenmaterial der Welt verfügt, Nagelerkrankungen bei Trichophytie zu den gröſsten Seltenheiten rechnet, ebenso KÖBNER. In der

---

9	*Maltose*	4,0
	Pepton	2,0
	Fucus crispus	1,5
	Aq.	100,0.
10	*Lävulose*	5,0
	Pepton	1,0
	Kochsalz	0,5
	Aq.	100,0.

[11] Die Krankheiten der Nägel, von Dr. JULIUS HELLER. Berlin 1900. Verlag von Aug. Hirschwald.

Literatur sind nach HELLER hauptsächlich 16 Fälle niedergelegt. Was das Alter betrifft, so ist auffällig, dafs relativ häufig Greise erkranken. Unter 14 Fällen, in denen überhaupt das Alter angegeben ist, sind vier Fälle über 69 Jahre. Es ist dies um so bemerkenswerter, als Trichophytie hauptsächlich das jugendliche Alter befällt. HILTON-FAGGE leugnet die Möglichkeit einer isolierten trichophytischen Nagelerkrankung. Demgegenüber steht jedoch ein Fall MEISSNERS, in dem keine sonstige Pilzerkrankung der Haut vorlag. Nach VIRCHOW, DUHRING und anderen ist die Eingangspforte am freien Nagelrande zu suchen, wo durch kleine Verletzungen das Eindringen der Pilze ermöglicht wird. Die Fufsnägel waren in drei Fällen von VIRCHOW erkrankt, in einem Falle von LESPINASSE die beiden Nägel der grofsen Zehen, während BEHREND das Vorkommen der Trichophytie der Zehennägel leugnet. Hat die Infektion, wie erwähnt, wohl meistens vom freien Zehenrande aus stattgefunden, so zeigt sich als erstes Zeichen eine Gelbfärbung der Nagelplatte (COLLAS), die sich schnell und gleichmäfsig ausbreitet (FOURNIER). Konstant ist jedenfalls die Farbenveränderung, wenn auch der Farbenton und die Farbennuance ganz verschieden, je nach dem Stadium der Entwicklung, ist. Das vordere distale Viertel des Nagels ist opak, matt verfärbt. Die Färbung nimmt proximalwärts an Intensität zu, vielleicht weil der Nagel am freien Rande durch Abschaben des erkrankten künstlich verdünnt ist. Andererseits gibt es Fälle, in denen gelbbraune, über den Nagel zerstreute Flecke den Krankheitsbeginn darstellen. Jedenfalls wird die Nagelplatte durch das Wachstum der Trichophyten in ihrer Transparenz geschädigt. Sie wird opak, undurchsichtig (MEISSNER, KÖBNER, DUHRING). Selten bleibt die Affektion in diesem Stadium stehen, obwohl solche Fälle (LESPINASSE) beschrieben sind. Meist kommt es zu einer Reizung der Nagelmatrix und konsekutiv zur Bildung des bei so vielen Erkrankungen des Nagels auftretenden, durch anormale Verhornungsprozesse gebildeten Zwischengewebes zwischen Nagelplatte und Nagelbett. Diese Hornbildung kann so beträchtlich werden, dafs die Dicke des freien Randes 5 mm beträgt. In einem Falle DUHRINGS pafsten dem Patienten die Handschuhe nicht mehr. Durch die Trichophytenwucherung scheint die Kohärenz des Nagels erhebliche Einbufse zu erleiden. Trennung des Nagels in einzelne Lamellen sahen MEISSNER, FOURNIER und VIDAL. Die obere Lamelle fiel ab, als ein Patient LESPINASSES sich kratzte. Die Konsistenz der Nagelplatte ist meist verringert. KÖBNER, HILTON, DUHRING heben ausdrücklich die Weichheit der Nagelplatte hervor. Jedenfalls ist die Elastizität des Gesamtnagels verringert, wie aus der Beobachtung WALSHS hervorgeht, nach der der Nagel eines Kranken in der Mitte abbrach. Durch die geschilderten, eigentlich mehr sekundären Veränderungen kann von dem Nagel nur eine zerklüftete, schwärzliche Hornmasse übrig bleiben. Die Prognose der

Onychomykosis trichophytina ist jedenfalls dubia. Ohne therapeutischen Eingriff dauert die Krankheit sehr lange. In einer Beobachtung LESPINASSES lag der Beginn 30 Jahre zurück. Die Diagnose der Onychomykosis tonsurans muſs selbstverständlich auf den Befund des Trichophyton tonsurans begründet werden, dessen Nachweis in fast allen Fällen und oft leicht gelingt. Allerdings beweist auch ein Fall FOURNIERS, daſs auch das Mikroskop manchmal im Stich lassen kann. Auch HUTCHINSON hat wiederholt vergeblich auf das Trichophyton gefahndet. Der Nachweis des Trichophyton in den Nägeln ist meist durch Einlegen dünner Schnitte in Kalilauge geführt werden. Über Versuche, die Hyphomyceten im Nagel zu färben, liegen keine Berichte vor. Es darf als feststehend angenommen werden, daſs die Pilze vom freien Nagelrande aus in die Nagelplattensubstanz eindringen.

Die Therapie der Onychomykosis muſs in der möglichsten Entfernung des kranken Gewebes durch Abkratzen, Abschaben, Abschneiden bestehen. VIDAL empfiehlt die scharfe Kante einer Glasscheibe. Jodtinktur, Solution jodo-jodure (Rp. Jodi 1, Kalii jod. 2,0, Aq. dest. ad 1000) in Form PRIESSNITZscher Umschläge (SABOURAUD), Sublimat (VIDAL), Sublimat alcohol. (DUHRING) wurden angewendet. DUBREUILH empfiehlt PELLIZZARIS Methode nach Erfahrungen an fünf Kranken. Dieselbe besteht in der Erzeugung einer eitrigen Entzündung des Nagelbettes und der Nagelwurzel, um die Losstoſsung des Nagels zu bewirken. Täglich zweimal wird der Nagel und Nagelwall mit einer Mischung von Pyrogallol und Süſsmandelöl aa bestrichen. Erhöht wird die Wirkung durch Tragen von Gummifingern. Sobald sich eitrige Erhebungen auf dem Nagelwall zeigen, muſs die Anwendung des Pyrogallols unterbrochen und ein antiseptischer Verband angelegt werden. Der Nagel ist, von Eiter unterspült, meist leicht lösbar."

Bezüglich der Onychomykosis favosa verweise ich auf die Beobachtungen von PURSER, LESPINASSE, ANCEL, KAPOSI, FOURNIER, RIPPING, COLLAS, FABRY, HALLOPEAU, UNNA u. s. w., welch letzterer namentlich die Anatomie der Onychomykosis favosa genauer studiert hat.

E. Resumé.

Daſs es sich im vorliegenden Falle um eine Pilzerkrankung handelt, geht aus dem mikroskopischen Befund der Mikrotomschnitte mit Sicherheit hervor. Dafür spricht ferner der klinische Verlauf, der fast stets positive Befund der kulturellen Untersuchung und die Hartnäckigkeit des Leidens. Es ist jedoch zu untersuchen, ob die Affektion eine Onychomykosis favosa bezw. trichophytina oder keine von beiden ist. Gegen eine Onychomykosis favosa spricht der ganze Verlauf, sowie, wenn auch nicht absolut, der Umstand, daſs weder in der Familie noch beim Patienten selbst ein Favus

besteht bezw. bestanden hat, und daſs bei den zahlreichen kulturellen Untersuchungen keine Favuspilze gefunden worden sind. Der klinische Verlauf der Krankheit hat am meisten Ähnlichkeit mit einer Onychomykosis trichophytina. Es wurde auch zu wiederholten Malen ein äuſserlich dem Trichophyton tonsurans ähnlicher Pilz gefunden, der sich jedoch, wie ich glaube dargetan zu haben, durch seine kulturellen, morphologischen und biologischen Eigenschaften von den bekannten Trichophytonpilzen deutlich unterscheidet, namentlich durch seine Eigentümlichkeit, bei niederer Temperatur besser zu wachsen als bei Körpertemperatur, obschon er sich allmählich dieser anzupassen scheint. Auch bezüglich der mir zugänglichen Riesenkulturen bestehen wesentliche Unterschiede. Am meisten ist er in diesen dem KRALschen Pilz ähnlich, wenn auch nicht mit ihm identisch. Auch im mikroskopischen Befund sind deutliche Unterschiede bezüglich Megalosporon endothrix, namentlich die fast ausschlieſsliche Bildung keilförmiger Sporen, die sowohl was Gröſse als auch Gestalt betrifft, den Flaschenbacillen durchaus ähnlich sind. Daſs der von mir gefundene, bisher meines Wissens noch nicht beschriebene Pilz der Erreger der in Frage kommenden Nagelerkrankung ist, scheint mir, namentlich bei dem Fehlen von anderen Pilzelementen (Trichophyton und Favus) sehr wahrscheinlich, wenngleich erst weitere Untersuchungen, namentlich Tierversuche, darüber definitiven Aufschluſs geben müssen. Die Wahrscheinlichkeit des ätiologischen Zusammenhanges zwischen der Affektion und dem von mir gefundenen Pilz beweise ich durch Gründe

A. bakterieller Natur:

1. durch den häufigen positiven Pilzbefund bei der kulturellen Untersuchung
   a) der Fingernägel (bei der ersten Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus),
   b) der Zehennägel (bei der zweiten Aufnahme) und der rechten groſsen Zehe (bei der definitiven Entlassung des Patienten),
   c) der zu verschiedenen Zeiten mir geschickten Hornmassen;
2. durch das Vorhandensein von Sporen im Gewebe und die groſse Ähnlichkeit derselben mit den durch das Kulturverfahren gewonnenen, sowie durch das Vorhandensein von Mycelgeflecht in den Reibepräparaten, welches dem künstlich gewonnenen ähnlich ist;

B. klinischer Natur:

1. durch den Übergang der Erkrankung von den Fingern auf die Zehen und den gleichzeitigen Übergang derselben Pilze in die erkrankten Zehennägel, wahrscheinlich in der Weise, daſs Patient sich die Nägel der Zehen mit den Fingernägeln, soweit die Zehennägel vorgewachsen waren, abgerissen hat;

2. durch das Fehlen jeder anderen Hauterkrankung (Trichophytie und Favus), obwohl auch Onychomykosen ohne diese Erkrankungen vorkommen, jedoch, wie schon hervorgehoben, recht selten sind und von manchen Autoren direkt geleugnet werden.

Differentialdiagnostisch kommt nur noch Hyperkeratosis subungualis in Betracht, ein von H. v. Hebra beschriebener Krankheitstypus, bei dem jedoch ein konstanter Pilzbefund fehlt.

Neben dem Hyphomyceten bezw. seinen Sporen waren noch Spaltpilze in gröfserer Menge vorhanden, die ich jedoch, wie schon erwähnt, als sekundäre Invasion betrachte, wenngleich dieselben vielleicht bei der Flaschenreinigungsprozedur in dem malträtierten Unternagelgewebe festen Fufs gefafst haben mögen und eine Disposition geschaffen haben für die weitere Entwicklung des Hyphomyceten. Dafs die Infektion zuerst an den Fingern bestanden und sekundär die Zehen befallen hat, geht, abgesehen von der Gelegenheitsursache (Flaschenreinigen), auch aus dem Umstande hervor, dafs Patient die Erkrankung der Zehennägel erst vier bis sechs Monate später bemerkt hat.

Auffallend war bei den Pilzkulturen, dafs dieselben, obschon der Pilz vom Menschen gewonnen war, bei 37° kein Wachstum zeigten. Jedoch ist dies für einen unter dem Nagel vegetierenden Organismus nicht auffallend, da hier sicherlich infolge der Wärmeausstrahlung eine verminderte Temperatur herrscht. Der Pilz hätte wohl sonst auch Hautaffektionen verursacht. Übrigens ist es mir gelungen, bei 37° Wachstum zu erzielen. Eigenartig ist die Anamnese. Genau an den Fingernägeln, mit denen Patient zurzeit das verfaulte Stroh von den Flaschen abgekratzt hat, befindet sich die Erkrankung. Es ist daher nicht ausgeschlossen, dafs aus faulendem Stroh oder anderen faulenden pflanzlichen Substraten der von mir gefundene Pilz sich isolieren lassen kann. Dies ist um so wahrscheinlicher, da derselbe von vornherein nicht die Eigenschaft hat, bei höherer Temperatur zu wachsen. Das vorzügliche Wachstum bei niederer Temperatur spricht für seinen Ursprung aus dem Pflanzenreich. Bezüglich dieser Annahme citiere ich nach Sabouraud,[12] der bezüglich der Herkunft auch der Trichophytiepilze aufs Pflanzenreich hinweist:

„Enfin il existe dans le même groupe des espèces ou variétés botaniquement très proches des precedentes et dont l'origine animale ne saurant faire de doutes, mais qui ont été rencontrées, que sur l'homme et dont l'animal d'origine est inconnu (Fig. 108/112). L'extrême vitalité de ces espèces même quand elles sont portées sur des milieux artificiels pauvres, a fait penser à leur origine saprophyte. Cette origine n'est pas demontrée, mais ces espèces se cultivent très bien sur le bois, les graines, sur la

---

[12] Sabouraud, La teigne trichophytique et la teigne spéciale de Gruby. Paris.

feuille du mûrier (Fig. 120) et même, quoique pauvrement sur le liquide exclusivement minéral de Winogradsky."

Eine Klassifikation des Pilzes habe ich noch nicht vornehmen können, dazu gehören genauere botanische Studien, als sie mir momentan möglich sind.

Auf alle Fälle weist derselbe jedoch so interessante makroskopisch- und mikroskopisch-morphologische, kulturelle und biologische Eigenschaften auf, ich erwähne nur den stark ausgeprägten Polymorphismus, die Kälte- und Wärmeakklimatisierung (0—37°), das typische Wachstum auf verschiedenen Nährböden bei bestimmter Temperatur, die typische Keil- bezw. Flaschenform der auf Agar gewonnenen Sporen (Ektosporen) und im Gewebe, daſs er sowohl von bakteriologischer und botanischer, als auch von dermatologischer Seite Beachtung verdient.

Zum Schluſs meinen verbindlichsten Dank den Herren Sanitätsrat Dr. Eichhoff (Elberfeld) für die Überlassung des Falles und Dr. med. et phil. Plaut für die liebenswürdige Unterstützung in seinem Privatlaboratorium.

Tafelerklärung.

Fig. 1. Hornstückchen. 20 Tage in Plautscher Kammer. Celloidineinbettung. Färbung mit Karbolfuchsin nach Unna.

a) Erhaltene Nagelsubstanz,

b) keilförmige Sporen,

c) Mycel.

Fig. 2. Ektosporenbildung in der Lindnerschen Kammer. Sechstägige Kultur. Zimmertemperatur. Lebend mikrophotographiert.

Fig. 3. Riesenkultur auf Fleischwasserpeptonagar. 18° C.

Fig. 4. Riesenkultur auf Lävulosepeptonnährboden (Milieu d'épreuve Sabouraud). Die schwarzen Punkte stellen gelbe Wassertropfen vor. Züchtung bei Zimmertemperatur. Kreidiges Aussehen.

Fig. 5. Keilförmige Sporen. Zwei Tage in Lindnerscher Kammer. Mycelbildung aus den Sporen.

Fig. 6. Riesenkultur auf Fleischwasserpeptonagar. Keine Lufthyphen. Die Oberfläche ist einem Schneefeld ähnlich. Züchtung bei Zimmertemperatur.

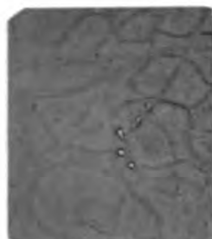
Figg. 7 u. *7a.* Stereoskopisch identische Bilder einer Riesenkultur auf Maltosepepton (Sabouraud). Zahlreiche weiſse Lufthyphen, die anfangs gelb waren; den Borsten eines Igels nicht unähnlich. Zimmertemperatur.

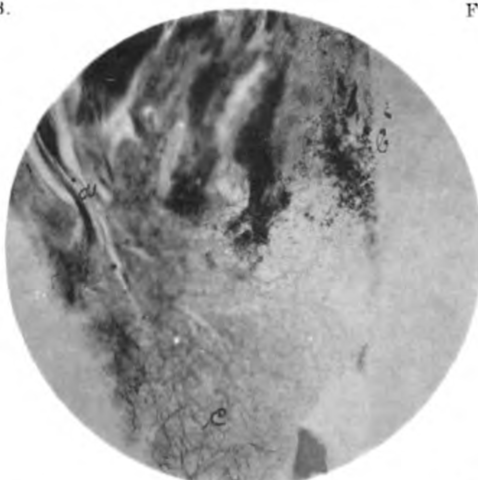
Fig. 8. Kultur von drei Wochen auf Peptonagar (Reagenzglas). Knöpfchenbildung. Zimmertemperatur.

Fig. 9. Maltosepeptonagar (Lufthyphen); siehe Figg. 7 u. 7a.


Fig. 3.


Fig. 4.


Fig. 2.


Fig. 1.

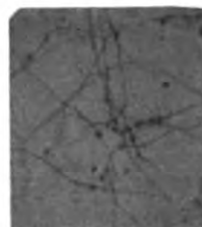
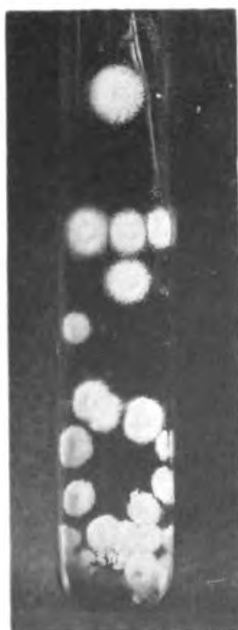

Fig. 5.


Fig. 9.


Fig. 8.

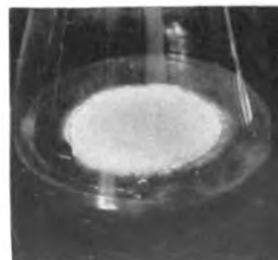

Fig. 6.


Fig. 7a.


Fig. 7.

Graph. Inst. Julius Klinkhardt, Leipzig.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg.

Über Gonokokkenfärbung.

Von

Dr. A. Pappenheim.

Bei dem Interesse, welches in klinischer Hinsicht nächst dem Tuberkelbacillus besonders der Gonococcus beansprucht, darf es nicht Wunder nehmen, daſs die Forscher sich fort und fort bemühen, auch diesen letzteren im Schnitt- und Trockenpräparat soviel wie möglich dem mikroskopierenden Auge durch Färbung auffällig und zugänglich zu machen. Bei dem vollständig verschiedenen physikalisch-chemischen Verhalten beider Mikrobien[1] sind beim Coccus Neissers ähnliche färberische Maſsnahmen, wie sie in so einfacher und genialer Weise Ehrlich für den Kochschen Bacillus in Anwendung gebracht hat, vorderhand im Trockenpräparat[2] wenigstens ausgeschlossen.

Im Gegensatz zum Tuberkelbacillus nämlich färbt sich der Gonococcus zwar sehr leicht, gibt aber auch die Farbstoffe wieder sehr leicht ab, hat also relativ geringe Affinität zu diesen; auch zu gewissen sauren Beizen, wie Pikrinsäure (Claudius) und Jod (Gram) hat er nur geringe Affinität; d. h. es gelingt nicht mit diesen, Farbstoffe auf dem Gonococcus säureecht zu fixieren, da die Farbstoffe gröſsere Affinität zu diesen Beizmitteln als zum Gonococcus besitzen; die Beizmittel wirken daher selbst vermöge ihrer Acidität als Extrahentien. Somit läſst auch das Gramsche Verfahren, welches beim primär säurefesten Tuberkelbacillus dessen Natur entsprechend selbstverständlich ebenfalls zu einer isolierten Darstellung und auch bei sonstigen weniger leicht entfärbbaren und mehr jodaffinen Kokken zu positiven Resultaten führt, bei den äuſserst empfindlichen und nicht jodfesten Gonokokken im Stich (Roux).

Wollte man also eine isolierte tinktorielle Darstellung bezw. spezifische Differenzierung des Gonococcus erzielen, so könnte man ein solches Ver-

---

[1] cf. Pappenheim, Neuere Ansichten über die Struktur der Bakterien. Vortrag, gehalten in der Sitzung der Naturwissensch. Gesellsch. Hamburg am 10. April 1901.

[2] Das Verfahren von Nicolle, unecht sich färbende Bakterien durch nachträgliche Gerbung sekundär so resistent gegen Entfärbungsmittel zu machen, wie es der Tuberkelbacillus schon präformiert in so spezifischer Weise ist, eignet sich nur für Schnittpräparate, und auch hier werden durch das Verfahren auſser dem Gonococcus auch andere daneben etwa vorhandene Bakterien mitgegerbt und gegen Säuren immunisiert (Jadassohn). Die Gerbsäure ist nämlich die stärkste saure Beize und wirkt kräftiger als Resorcin, Karbol, Pikrinsäure, Formol, Jod, Chromsäure und Molybdänsäure. Sie bildet mit allen Farbbasen Lacke und haftet selbst an allen basophilen Substraten.

fahren höchstens, gerade umgekehrt wie beim Tuberkelbacillus, auf diese negative Eigenschaft, diese fast einzige Unechtheit (Inaffinität zu Farbstoffen und Empfindlichkeit gegenüber Differenzierungsmitteln) des Gonococcus basieren, die diesen Mikroorganismus im Gegensatz zu den allermeisten sonstigen Kokken auszeichnet und die er nur mit einigen ganz wenigen Bakterien teilt. In der Tat hat STEINSCHNEIDER (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1890, No. 24) ein derartiges Verfahren angegeben, beruhend darauf, daß man die mit Gentianaviolett gefärbten Gonokokken vorerst nach GRAM entfärbt und sie alsdann nach der Entfärbungsprozedur von neuem sekundär in einer zweiten Kontrastfarbe (Fuchsin [STEINSCHNEIDER], Vesuvin [GALEWSKY, WEINRICH] oder Safranin [TOUTON]) färbt, während die jodfesten resp. durch Jod gegen die Entfärbungsmittel resistent und immun gemachten sonstigen Mikrobien nach GRAM gefärbt bleiben, d. h. sich in der ersten violetten Farbe präsentieren.

Die wirklich spezifische Färbung des schwer färbbaren Tuberkelbacillus beruht also auf seiner eminent schweren nativen Entfärbbarkeit und Säurefestigkeit, die selbst gröfser ist, wie bei dem ihm sonst ähnlichen Leprabacillus und dem gelegentlich mit ihm vereint vorkommenden Smegmabacillus. Eine solche Resistenz gegen Säuren kann für gewisse andere weniger säureechte aber „jodfeste“ Mikrobien artefiziell sekundär acquiriert werden eben durch Jodbeizung beim GRAM-Verfahren, wobei spezifische, d. h. isolierte Färbung aber nicht erzielt wird, weil diese Immunisierung in gleicher Weise mehreren gelegentlich zusammen vorkommenden Bakterienarten zu teil wird. Ebenso wenig führt leichtbegreiflicherweise die Entfärbung und Neufärbung des leicht färbbaren und entsprechend leicht entfärbbaren Gonococcus mit Notwendigkeit zu einer spezifischen und isolierten Sonderfärbung, da der Gonococcus diese negative Eigentümlichkeit ja noch mit anderen Bakterienarten, ja selbst zwei Sorten von Diplosemmelkokken der Urethra teilt, die gelegentlich, allerdings blofs in 5% der Fälle (STEINSCHNEIDER-GALEWSKY), zusammen mit ihm vorkommen, während umgekehrt bekanntlich die Alkohol- und selbst Säureresistenz des Tuberkelbacillus gröfser ist als die aller übrigen ihm sonst ähnlichen und verwandten Arten. Immerhin kann in 95% der Fälle, wenn nämlich jene anderen jodempfindlichen Diplokokken zufällig nicht vorhanden sind, die STEINSCHNEIDERsche Gegenfärbung nach GRAM als spezifisch für Gonokokken angesehen werden.

In dieser Mehrzahl der Fälle allerdings bedarf man des immerhin etwas umständlichen und gewisse Fertigkeit erfordernden GRAM-Verfahrens gar nicht, da unter Zuhilfenahme der morphologischen und biologischen Eigentümlichkeiten des Gonococcus seine Rekognoszierung und Identifizierung, namentlich in Fällen massenhaften Auftretens, stets leicht gelingt, und somit eine färberische Abgrenzung von Bakterien anderer Biologie

und Morphologie unnötig ist. Dazu kommt, dafs in den seltenen gelegentlich vorkommenden Fällen, wo die wirklich zur Verwechslung Anlafs gebenden Diplokokken auftraten, das Verfahren versagt, d. h. eine absolut sichere Diagnosenstellung nicht zuläfst. Schliefslich leistet auch in den Fällen ohne Pseudogonokokken, wo aber nur spärliche Gonokokken vorhanden sind, das Verfahren nicht mehr, wie die weniger umständliche einfache singuläre und monochromatische Färbung, etwa mit Methylenblau nach Löffler, Sahli oder Manson, oder mittels Karbolgentiana (Czaplewsky, E. Fränkel), Karboltionin (Nicolle) oder Karbolkresylviolett (Homberger) ohne nachherige Entfärbungsmanipulationen und Gegenfärbungen.

Auch in diesen Fällen nützt nämlich die färberische Abgrenzung der wenigen Gonokokken von anders gebauten und gelagerten Bacillen und Mikrokokken nicht wesentlich viel, einmal weil alle Arten von Pseudogonokokken mit absoluter Sicherheit doch nicht ausgeschlossen werden, dann aber weil die Auffindung der wenigen Gonokokken dadurch auch nicht erheblich erleichtert wird. Hier wie dort nämlich, bei einfacher singulärer Färbung ebenso wie bei der Färbungsprozedur nach Gram-Steinschneider erscheinen die Gonokokken qualitativ im gleichen Farbenton tingiert wie die Zellleiber und Zellkerne, höchstens graduell in etwas dunklerer Intensität.

Das Steinschneidersche Gram-Verfahren verhält sich also in allen wichtigen Punkten hinsichtlich der positiven Färbung der Gonokokken ganz gleich wie die einfache monochromatische Färbung; es versagt hinsichtlich der sicheren Differenzierung von Gonokokken und Pseudogonokokken, ist aber unnötig behufs der färberischen Differenzierung sonstiger Mikrobien und Bakterien, da Bacillen und Mikrokokken anderer Art schon an ihren sonstigen biologischen und morphologischen Eigentümlichkeiten erkannt werden können.

Eine leichtere Auffindung weniger Gonokokken kann aber erreicht werden, wenn die Gonokokken von den Zellkernen und Zellleibern tinktoriell differenziert werden; auch in dieser Hinsicht aber verhält sich die Gegenfärbung nach Gram mit einer Kontrastfarbe ganz wie eine einfache singulär monochromatische Färbung, da auch hier Gonokokken, Kerne und Zellleiber sämtlich in der gleichen Farbe erscheinen.

Die Sachlage liegt demnach so, dafs das Gram-Verfahren zwar wichtig und notwendig ist, um gewisse Formen von Pseudogonokokken als solche zu erkennen, dafs es also, zwar keineswegs eine überhaupt völlig entbehrliche Gröfse ist, dafs es andererseits aber auch nicht als allein ausreichende und absolut verläfsliche Panacee zur sicheren Unterscheidung der Gonokokken von allen Arten Pseudogonokokken gelten kann; dazu kommt, dafs es in Fällen mit reichlichen Mengen echter typischer Gonokokken wirklich über-

flüssig ist, da in solchen diese auch schon bei einfacher singulärer Färbung genügend erkannt und von etwaigen daneben vorkommenden sonstigen Bakterien unterschieden werden können, eine Unterscheidung von Pseudogonokokken hier aber nicht so wesentlich ist, zumal Fälle von aus massenhaft in Leukocyten gelagerten Pseudogonokokken ohne echte Gonokokken wohl kaum vorkommen dürften. Von besonderer klinischer Wichtigkeit für den Praktiker sind aber die Fälle, wo nur wenig Gonokokken allein oder mit vielen oder wenigen Pseudogonokokken vergesellschaftet vorhanden sind und aufgefunden und rekognoziert werden müssen. Hinsichtlich der absolut sicheren Rekognozierung versagt das GRAM-Verfahren ja überhaupt, und hinsichtlich der raschen Auffindung kann es seiner Natur nach trotz nachgeschickter Kontrastfärbung auch hier nichts resp. ebenso wenig wie eine einfache Färbung leisten und ist somit auch hier ziemlich überflüssig bezw. kann nicht den Anspruch erheben, als allein in Anwendung zu gelangende souveräne Färbung angesehen zu werden. Hier aber ist ein Feld zur Vervollkommnung der Gonokokkenfärbung, d. h. zur Erleichterung der Auffindung und rascheren Sichtbarmachung. In der Tat bewegen sich die neueren tinktoriellen Bestrebungen nach v. SEHLEN[3] auch alle in dieser Richtung, ein Verfahren zu finden, etwaige nur wenige vorhandene Gonokokken dem Auge möglichst zugänglich zu machen, welches dann als zweites Verfahren neben dem GRAM-STEINSCHNEIDERschen in Anwendung zu kommen hätte zur gegenseitigen Kontrolle und Ergänzung.

Als Unterscheidungsmittel zur Abgrenzung der Gonokokken von sonstigen Bakterien ist das GRAM-Verfahren überflüssig, und auch die neueren Gonokokkenfärbungen verzichten auf eine solche Abgrenzung. Zur sicheren Unterscheidung der Gonokokken von Pseudogonokokken reicht das GRAM-Verfahren nicht aus, und nach dem augenblicklichen Stand unserer Kenntnisse ist ein solches Unterscheidungsmittel auch nicht möglich; somit verzichten die neueren Färbungen auch vorderhand auf ein solches. Eine rasche Auffindung und besondere Hervorhebung weniger Gonokokken liegt aber im Bereich des Möglichen; hier ist das GRAM-Verfahren ebenso unzulänglich wie die einfache singuläre Färbung, und hier haben die färberischen Bestrebungen und Verbesserungen einzusetzen. Da kommt es nun vor allem darauf an, die Gonokokken entweder einmal in anderer Farbe darzustellen als den Leukocytenleib, in dem sie etwa gelagert sind (da es klar ist, daſs sich etwa ein blauer Coccus von einem roten Untergrund eher abhebt, als ein dunkelblauer Coccus von einem hellblauen Grund, wie es bei singulärer Färbung der Fall ist) — oder aber, was noch besser und erstrebenswerter sein dürfte, die Gonokokken

[3] v. SEHLEN. *Verhandl. d. Kongr. d. dtsch. dermatol. Gesellsch.* 1894.

färberisch von den neben ihnen gelagerten grofsen und sie somit erdrückenden, verdeckenden und der Betrachtung vorenthaltenden Leukocytenkernen abzugrenzen, was ja bei singulärer Färbung naturgemäfs ebenso wenig erreicht werden kann wie bei GRAM-STEINSCHNEIDER, wo es sich wenn auch in modifizierter Form auch nur um eine singuläre monochromatische Nachfärbung vorher entfärbter Zellkerne und Gonokokken handelt. Mit anderen Worten, das v. SEHLENsche Prinzip beruht auf der Auffindung von Doppelfärbungen zwischen Gonokokken und Zellelementen.

Hier sind in erster Linie solche polychromatische Doppelfärbungen zu nennen, die neben basischen Kern- und Bakterienfarben auch saure Plasmafarben in Anwendung bringen. Hierher gehören Färbungen mit den verschiedenen Gemischen von Methylenblau + Eosin,[4] sowie Successivfärbungen von Methylenblau — Eosin, und Eosin — Methylenblau.

1. Ein sicheres und zuverlässiges Verfahren ist das von NEISSER:

1. Färbung in gesättigtem alkoholischen Eosin unter Erwärmen.
2. Absaugen des Eosins mit Fliefspapier.
3. Gesättigte alkoholische Methylenblaulösung (1/4 Minute).
4. Abspülen in Wasser.
5. Trocknen, Montieren.

Gonokokken- und Leukocytenkerne blau, Leukocytenleiber rosa.

Da Eosin stärkerer Plasmafarbstoff ist als Methylenblau, kann dieses bei der Nachfärbung die Zellleiber nicht affizieren.

2. Ein Verfahren von KLEIN-FINGER (FINGER: Die Blennorrhoe der Sexualorgane. 5. Aufl. 1901.):

Nach Fixation in Alkohol-Äther nach NIKIFOROFF 40 Minuten.

1. Färbung in einem Gemisch von 0,5 Eosin in 100,0 konzentrierter wässeriger Methylenblaulösung.
2. Abspülen.
3. Trocknen, Montieren.

Gonokokken- und Leukocytenkerne blau, Leukocytenleiber rosa.

Ein Schritt weiter wurde getan, indem man sich bemühte, zwei basische Anilinfarbstoffe in Anwendung zu bringen und dadurch Differenzierungen zu versuchen. Da fast alle basischen Farbstoffe ebenso gut Zellkerne wie Bakterien färben, ist es klar, dafs eine Differenzierung so, dafs der eine von ihnen nur Kerne, der andere nur Kokken färbe, äufserst schwer auf diese Weise mit den gewöhnlichen basischen Farbstoffen erreicht werden kann. Hier müfste zu diesem Zweck eine äufserst genaue und subtilste Abstufung der physikalischen Konzentrationsverhältnisse und Ausgleichung und Abwiegung der verschiedenen tinktoriellen Energie

[4] Auch das ponoptische Methylenblautriacid, und Toluidinblau — Eosin, Thionin, Eosin etc.

auf empirischem Wege ausprobiert und vorgenommen werden, was nicht nur äufserst schwierig ist, sondern selbst bei genauester Befolgung der Zeitangaben etc. etc. nicht immer zu zuverlässigen und konstanten Resultaten führt. Die meisten der hierher gehörigen Methoden begnügen sich deshalb auch damit, den zweiten basischen Farbstoff, ebenso wie die oben angegebenen Methylenblau-Eosinfärbungen als Plasmafarbstoff zu verwerten, während er seiner Natur nach in erster Linie doch Kern- und Bakterienfarbstoff ist.

Sie erreichen somit nur auf umständlicherem Wege, weil mit ungeeigneteren Mitteln, dasselbe Ziel, was in soviel einfacherer Weise bei Verwendung saurer Farbstoffe als Plasmafarben erreicht wird. Diese nämlich haften in erster Linie ihrer Natur nach an onyphilem Plasma und haben nur relativ geringe Affinität zu Kernen und Bakterien, umgekehrt aber ist es bei den basischen Farbstoffen und somit bedarf es besonderer Kunstgriffe, um diese nicht als Kern- und Bakterienfarben sondern als blofse Plasmafarben zur Geltung kommen zu lassen, was sie von Natur aus in erster Linie eigentlich gar nicht sind.

Dieser Effekt nun kann der Theorie nach erzielt werden dadurch, dafs man sich bemüht, nachdem mit einem ersten Farbstoff Kerne, Kokken und Zellleiber gefärbt sind, die Zellleiber wieder zu entfärben und mit einem zweiten Farbstoff nachzufärben. Da der zweite Farbstoff aber auch Kerne und Kokken färbt und sich dabei zu dem ersten hinzuaddieren würde, würde der Farbenkontrast zwischen Kernen und Kokken einerseits, Zellleibern andererseits, kein sehr grofser sein.

Zweitens könnte man daran denken, blofs Kerne und Kokken zu entfärben, die Leiber aber gefärbt zu lassen, und dann erstere von neuem zu färben. Dieses ist noch weniger möglich; denn da die basischen Farbstoffe in erster Linie Kern- und erst nebenher Plasmafarbstoffe sind, würde es schwer fallen Kerne und Kokken vor den Zellleibern zu entfärben, und selbst wenn solches möglich wäre, würde der zweite Farbstoff sich wieder zu dem ersten in den Leibern verbliebenen hinzuaddieren und so nur geringer Farbenkontrast erzielt werden.

Man müfste also an andere Färbungsprinzipien zu denken haben, bei denen eine Entfärbung unnötig wäre, etwa derart, dafs der erstere Farbstoff von vornherein äufserst starke Affinität für Kerne und Kokken aufweist und nur sehr geringe oder selbst keine für Zellleiber, so dafs diese für den zweiten Farbstoff allein reserviert bleiben, während er selbst nicht mehr in Kerne und Kokken eindringen könnte, da diese mit dem ersten Farbstoff schon völlig gesättigt sind. Ein solches Verfahren ist bisher noch nicht erdacht worden, doch scheint es a priori nicht unmöglich zu realisieren. Man müfste mit einem dunklen Farbstoff in dünner Konzentration, der die Cystoplasmen wenig affiziert, Kerne und Kokken tinktoriell

stark präoccupieren und diese dem zweiten Farbstoff somit entziehen, also etwa mit Neutralviolett, Kresylviolett oder Nilblau; dann aber eine Färbung mit einem hellen schwächer basischen und mehr plasmophilen Farbstoff, ebenfalls in dünner Konzentration hinterherschicken, also etwa mit Chrysoidin oder Phosphin. Es ist klar, daſs hier im Prinzip ein ganz ähnliches Verfahren vorliegt, wie bei einer Methylenblau-Eosinfärbung. Interessanter ist folgendes Verfahren.

3. Von Schäffer (Verhandl. d. Kongr. d. dermatol. Ges. 1895):

1. Fuchsin 0,1 in Alkohol 20 + 5%iges Karbolwasser 200. — Färbungsdauer 10″.
2. Abspülen in Wasser.
3. 10%ige konzentrierte wässerige Methylenblaulösung gtt. 3 in 10 ccm 1%igem Äthylendiamin 40″.
4. Abspülen.
5. Trocknen, Montieren.

Gonokokken dunkelblau, Kerne hellblau, Leukocytenleiber hellrot.

Fuchsin hat als heller Farbstoff mehr Affinität zu Protoplasma als Methylenblau, welches seinerseits von Kernen und Kokken begieriger aufgenommen wird; indem nun hier, umgekehrt wie bei der eben analysierten Methode, der dunkle Farbstoff nach dem hellen angewandt wird, tritt ohne besondere vorherige Entfärbung mit Extrahentien eine direkte Verdrängung des Fuchsins aus Kernen und Kokken durch das Methylenblau ein, indem dieses sich an dessen Platz substituiert, während das Fuchsin nur auf das Plasma als seinen eingeräumten besonderen Prädilektionsort beschränkt verbleibt. Das Methylenblau summiert und addiert sich also in den Kernen und Kokken nicht dem Fuchsin, sondern verdrängt dieses hier heraus und färbt das Substrat somit partiell von neuem bis auf die Leukocytenleiber um. Eigentlich liegt auch hier nur eine graduelle Verschiedenheit mit einer Eosin-Methylenblaufärbung vor, da das Eosin als saurer Farbstoff zwar nur wenig Affinität zu Kernen und Kokken hat, weniger als zum Plasma, immerhin sie aber doch auch färbt und erst durch Methylenblau hier heraus gedrängt wird. Fuchsin hat im Gegensatz zu Eosin als basischer Farbstoff zwar relativ mehr Affinität zu Kernen und Kokken als zum Plasma, aber doch zu ersteren weniger, zu letzterem mehr als Methylenblau, während dieses weniger Affinität zu Plasma hat als Eosin oder Fuchsin.[5]

Wie bei einem Methylenblau + Eosinverfahren kann nun der nämlichen Effekt auch durch eine einzeitige Doppelfärbung mit einem gehörig

---

[5] Schematisch bestehen also etwa folgende Verhältnisse der Affinitäten:

Eosin: Plasma $\gg$ Kerne — Methylenblau: Kerne $\gg$ Plasma
Fuchsin: Plasma $<$ Kerne — oder Plasma $<$ Kerne
oder Kerne $>$ Plasma — Methylenblau: Kerne $\gg$ Plasma.

(Das Zeichen $>$ bedeutet den Affinitätsgrad; lies also $>$ = stärker gefärbt, $\gg$ = sehr viel stärker gefärbt.)

in seinen Mischungsverhältnissen abgestuften Gemisch erhalten werden, so daſs auch hier Fuchsin nur die Zellleiber als seine Domäne behält, während das Methylenblau sich Kerne und Kokken reserviert. Ein solches Verfahren ist das folgende

4. von PICK-JACOBSOHN (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896), [modifiziert von C. FRÄNKEL: *Zeitschr. f. Hygiene* 1899, No. 31].

Karbolfuchsin gtt.	50,0
Konzentrierte alkoholische Methylenblaulösung gtt.	8,0
Aq. dest.	20,0

Färbedauer 5 Minuten.

Kokken dunkelblau, Kerne hellblau, Plasma rosa.

Es ist klar, daſs die bisher besprochenen Färbungen mit zwei basischen Farbstoffen zwar theoretisch interessant sind, aber praktisch nicht viel mehr leisten in Bezug auf den springenden Punkt, als Methylenblau-Eosinfärbungen, vor diesen aber den Nachteil haben, daſs sie schwieriger zu handhaben sind. Da nämlich Methylenblau und Fuchsin beides basische Farbstoffe sind mit ziemlich gleicher Affinität zu Kokken und Kernen einerseits, oxyphilem Leukocytenplasma andererseits, so kann hier der gewünschte Erfolg allein durch graduelle Abstufungen relativer Konzentrationsverhältnisse erreicht werden, denn die beiden Farbstoffe sind in ihren Affinitäten nur graduell unterschieden. Anders bei Eosin und Methylenblau, wo der saure helle Farbstoff essentiell bei weitem gröſsere, ja fast absolut einseitige Affinität zum Leukocytenplasma hat, während der basische dunkle Farbstoff viel gröſsere Affinität zu Kernen und Kokken aufweist.

In dieser Beziehung sind also die oben aufgezählten Färbungsmethoden neben dem Methylenblau-Eosinverfahren überhaupt ziemlich entbehrlich.

Ein weiterer Fortschritt auch gegenüber dem Methylenblau-Eosinfärbungen wird erst erzielt durch Bestrebungen, die daraufhin abzielen Kokken und Leukocytenkerne in differenter Farbe darzubieten. Dieser Erfolg kann mit den üblichen basischen Kernfarbstoffen noch schwieriger erzielt werden, als der vorige, denn es gibt kaum einen basischen Kernfarbstoff, der von vornherein auf Kokken fester haftet als auf Kernen (auſser bei Jodfixation nach GRAM) oder gar umgekehrt auf Kernen wesentlich viel fester als auf den an und für sich leicht entfärbbar geltenden Gonokokken. Einen Farbstoff aber, der nur Kokken nicht aber Zellkerne färbte, kennen wir bislang noch nicht.

Immerhin ist es durch sorgfältiges Ausprobieren der nötigen Konzentrationsverhältnisse gelungen, auch in dieser Beziehung Färbungsmethoden

zu eruieren, die allerdings den Nachteil haben, daſs sie keineswegs zuverlässig sind, insofern als bei der nur auf physikalische Massen- und Zeitverhältnisse, nicht aber auf essentielle native Affinitäten gestützten Differenzierung dieselbe keine mit Notwendigkeit prinzipielle und maximale sein kann.

Hierher gehört

5. das Verfahren von SCHÜTZ (*Münch. med. Wochenschr.* 1889):

1. Konz. 5%ige Karbolmethylenblaulösung, 10 Min.
2. Abspülen in Wasser.
3. Entfärben in Acid. acet. dil. gtt 5,0, Aq. 20,0 ccm 1 Moment.
4. Dünne wässerige Safraninlösung.
5. Abspülen.
6. Trocknen, Montieren.

Kokken blau, Zellkerne rot.

Das Verfahren beruht also darauf, daſs die Kerne in Essigsäure eher ihre Farbe abgeben sollen als die cyanophilen Kokken, und daſs das dünne Safranin nur die entfärbten Kerne, nicht aber die unter Karbol stark tingierten Kokken affiziert.

Etwas zuverlässiger als dieses regressive Successivverfahren ist die einen Fortschritt vorstellende, weniger umständliche simultane Doppelfärbung.

6. Nach LANZ (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 40) cf. dazu JOSEPH-LÖWENBACH, *Dermato-histolog. Technik*:

2% Karbolfuchsinlösung, 1 Teil,
2% Karbolthioninlösung, 12 Teile.

Zeitdauer: 1/2 Minute. Kokken blau, Zellkerne, Zellleiber rot.

Hier scheint der dunkle ringförmige Thioninfarbstoff in groſser Konzentration allein die violettgierigen Kokken zu befallen, die Kerne aber dem roten, in geringerer Menge vorhandenen Orthochinonfarbstoff der Triphenylmethanreihe zu überlassen.

Es ist interessant, den Unterschied zwischen dem Verfahren von LANZ und dem von PICK-JACOBSOHN festzustellen, zumal beide fast ganz gleiche Farbstoffe verwenden; unterscheidet sich Thionin von Methylenblau ja doch nur graduell, nicht prinzipiell, durch das Fehlen der nicht haptophoren Methylgruppen.

Bei PICK-JACOBSOHN haben wir Fuchsin $>$ Methylenblau,[6] aber das stärker färbende Methylenblau färbt doch Kokken und Kerne.

Bei LANZ hingegen finden wir Fuchsin $<$ Thionin; hier aber wird das schwächer färbende Thionin bloſs von den Kokken aufgenommen. Dort wie hier ist der stärkere Farbstoff in der Minorität, dort Methylenblau, hier Fuchsin, dort aber färbt der in der Minorität vorhandene

[6] $>$ bedeutet hier das Quantitätsverhältnis.

(stärkere) hier der schwächere (in der Majorität vorhandene) Farbstoff infolge seines chemischen Verhaltens bezw. seiner Molekulargröfse die cyanophilen Kokken. In beiden Fällen werden die Kokken dunkel gefärbt, nur mufs man, wenn man einen dunklen starken Farbstoff verwendet, ihn in die Minorität setzen, in die Majorität aber, wenn man einen dunkeln schwachen verwendet.

Dafs alle diese Methoden indes den einzig wichtigen hier in Rede stehenden Zweck, die Abgrenzung von Kokken und Kernen, immer noch nicht ganz nach Wunsch erfüllen, geht daraus wohl hervor, dafs die Bemühungen um eine gute und zuverlässige Methode bis in die neueste Zeit hinein nicht aufgehört haben, wie ein soeben veröffentlichtes Simultan-Verfahren beweist, welches herrührt von

7. v. Wahl (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1903. No. 3):

Konz. wässerige Methylenblaulösung	3 ccm,
konz. alkohol. Thioninlösung	2 ccm,
konz. alkohol. Auraminlösung	2 ccm.

Kokken violett, Kerne hellblau, Leiber grüngelb.

Hier sind sogar drei basische Farbstoffe mit einander gemischt, und ziemlich irrationell zwei mit einander sehr nahe verwandte, von gleicher Nuance und derselben Gruppe zugehörig wie Thionin und Methylenblau; ein ähnliches wäre es, wenn man Fuchsin und Pyronin mit einander mischen wollte, oder Gentianaviolett und Monomethylviolett.

Der Erfolg der Färbung steht aber, nach den Angaben des Verfassers zu schliefsen, zwischen denen von Pick-Jacobsohn (4) und Lanz (6), die ja auch Simultanfärbungen sind. Während bei Pick-Jacobsohn Kerne und Kokken den gleichen Farbenton aufweisen, bei Lanz aber derselbe verschieden ist, erscheinen bei v. Wahl die Substrate blofs in verschiedener Nuancierung, Sättigung und Reinheit desselben Farbentons. Ein in der Nuance gleiches Resultat in einfacherer Weise kann man erzielen durch Kombination der Prinzipien bei Lanz und Pick-Jacobsohn, etwa so, dafs man einen starken dunklen Farbstoff in der Minorität neben einem schwachen hellen verwendet (Indazinblau oder Karbolgentiana $<$ Acridinrot oder Auramin) oder umgekehrt (Neutralviolett $>$ Vesuvin), ganz ebenso wie wir oben ein violett-braungelbes Successivverfahren (Kresylviolett — Chrysoidin) beschrieben haben, bei dem im Gegensatz zu dem von Schäffer (3) eine helle konzentrierte Färbung mit schwachem Farbstoff der dunkeln eines starken aber weniger konzentrierten nachgeschickt wird.

Aus alledem geht wohl soviel mit Evidenz hervor, dafs es bei den in Rede stehenden successiven und simultanen Doppelfärbungen mit zwei basischen Farbstoffen auf peinlichste Abwägung der Konzentration und färberischen Potenzen der Farbstoffe ankommt, besonders wo es sich darum handelt, die Kokken nicht sowohl von den Zellleibern als vielmehr von

den Zellkernen abzuheben. Es liegt in der Natur der Sache, daſs bei derartigen, immer nur von physikalischen Faktoren abhängigen Färbungen (da ja Affinität der betreffenden Substrate die gleiche basophile und die Natur der Farbstoffe die gleiche basische ist) die Resultate selten konstant und ganz zufriedenstellend ausfallen werden, wodurch sich auch das fortgesetzte Suchen nach Verbesserungen und neueren Methoden zu Genüge erklärt.

Und doch wäre das gewünschte, in Rede stehende Resultat der Differenzierung von Kokken und Kernen in viel einfacherer Weise zu erreichen, wenn man zwei Farbstoffe von verschiedener Affinität zu diesem Zwecke verwenden könnte. Mit den gewöhnlichen basischen Kernfarben ist dieses freilich nicht möglich. Doch wäre z. B. zu versuchen, ob sich nicht, umgekehrt wie bei Methylenblau-Eosin, die Kerne mit einem dunklen, sauren Farbstoff (Indulin, Wasserblau, S.-Violett, Benzoazurin), welcher die Kokken verschonte, färben lieſsen, während man für die Kokken einen helleren basischen, etwa roten Farbstoff aufsparte. M. a. W., da es einen Farbstoff nicht gibt, welcher nur Kokken, nicht aber Kerne färbt, so muſs man trachten, einen solchen zu finden, der nur Kerne, oder wenigstens besser Kerne als Kokken färbt, was bei den gewöhnlichen Kernfarben nicht der Fall ist. Etwas derartiges lieſse sich vielleicht erreichen, wenn man von einem Fingerzeig Weigerts Gebrauch machte, nach dem die Beizenkernfärbemittel Alaun-Hämatoyylin und Alaunkarmin bei vorzüglicher Kernfärbung nur relativ schwache Bakterienfärbung abgeben. Bei einer Successivfärbung von Alaun-Hämatoxylin und Safranin etwa würden wir, da Safranin sich kaum den hämatoxylingefärbten Kernen addiert, wohl aber diesen Farbstoff aus den Kokken vertreibt, rote Kokken neben blauen Kernen erwarten können. Aber selbst diese Färbung genauer zu studieren und zu präzisieren, erübrigt vollends, da wir in der Literatur eine, man kann wohl sagen, den erstrebten Zweck in idealer Weise erreichende simultane Doppelfärbung besitzen, die allerdings anscheinend übersehen, totgeschwiegen und vergessen sein muſs.

Wäre sie besser bekannt, so würden wohl auch die mühevollen und oft fruchtlosen Färbeversuche, wie sie jetzt neuerdings erst wieder z. B. v. Wahl vorgenommen hat, aufhören; denn im Prinzip scheint sie nicht mehr zu übertreffen. Aber allerdings ist diese Färbung bis dato nicht ausdrücklich als solche, d. h. als Gonokokkendoppelfärbung, in einer urologischen Zeitschrift publiziert,[7] sondern nur so gelegentlich, quasi in parenthesi, wennschon öfters erwähnt worden; so ist es wohl auch erklärlich, daſs sie in den neuesten Zusammenstellungen über Gonokokken-

[7] Allerdings ist über sie von Delbanco in den *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1901 referiert worden.

färbungen von den ausgezeichneten und literaturkundigen Urologen Schäffer[8] und Juliusberg[9] nicht erwähnt und der weiteren Verbreitung nicht zugänglich gemacht worden ist.

Allein in Abel, Taschenbuch für bakteriologische Praktikanten, VII. Aufl., pag. 85, finde ich sie mitgeteilt, während alle anderen unzuverlässigen Methoden daselbst verständigerweise ganz fortgelassen sind.

Somit muſs ich mich denn — die Methode stammt nämlich von mir —, wennschon ungern, selbst der Mühe unterziehen, diese Doppelfärbung hier nochmals in extenso mitzuteilen, nachdem ich sie im *Biol. Centralbl.* XX, 1900, pag. 325, im *Centralbl. f. Bakteriol.* 28, 1900, pag. 403, sowie in *Virch. Arch.* 164, 1901, pag. 111, und neuerdings in der *Berl. klin. Wochenschr.* 1902, No. 4 f. kurz mitgeteilt und erwähnt hatte.

Im Gegensatz zu den oben berührten Möglichkeiten von Verwendung dunkler saurer Anilinfarben oder natürlicher Beizenfarben handelt es sich hier ebenso wie bei den früher erörterten Doppelfärbungen um Verwendung zweier basischer Farbstoffe, deren einer aber das Postulat erfüllt, eine natürliche Aversion gegen Bakterien und eine ausschlieſsliche Prädilektion für Zellkerne zu besitzen. Es ist dieses das Methylgrün in Kombination mit irgend einem anderen basischen Anilinfarbstoff, der am besten kein blauer oder violetter (Dahlia, Lenhartz), sondern ein roter ist. Durch diese geradezu spezifische Affinität des Methylgrün zum Kernnuclein ist der gewünschte Erfolg der Doppelfärbung von vornherein jederzeit garantiert, da der zweite Farbstoff, selbst wenn er die Zellkerne ebenfalls mitfärben sollte und sich hier zum Methylgrün addierte, so doch die Kokken ganz allein färben würde und sie so von den Kernen abhöbe. Wählt man aber den roten Farbstoff so, daſs er möglichst beschränkte färberische Potenzen und Valenzen hat, also schwächer als Fuchsin, Safranin und selbst Neutralrot ist, welche die Kerne sehr stark und vielfach auch das Cystoplasma mitfärben, nimmt man also schwächere Farbstoffe, etwa Acridinrot oder Pyronin, so läuft man nur in den seltensten Fällen Gefahr, daſs die Kerne zu sehr rot werden, wenn nämlich Pyronin allzu sehr im Überschuſs vorhanden ist, so daſs die Kerne notwendig mitgefärbt werden müssen. Gewöhnlich tritt vollständige itio in partes ein. Die Zellleiber der Leukocyten aber bleiben stets so gut wie völlig verschont. Also wie die physikalischen Konzentrationsverhältnisse auch sein mögen, auf die es so genau gar nicht ankommt, wenn nur Pyronin nicht zu sehr im Überschuſs vorhanden ist, stets tritt bei dieser auf nativen Affinitätsverhältnissen beruhenden chemischen

[8] Ergebnisse der allgemeinen Pathologie etc. 1901, pag. 612 ff.
[9] Encyclopädie der mikroskop. Technik, pag. 498.

Färbung mit Sicherheit die gewünschte Doppelfärbung ein. Man kann sich die gewünschte Färbemischung daher jederzeit leicht selbst ad libitum[10] herstellen; bequemer für den Praktiker ist es vielleicht, die bei GRÜBLER vorrätige, von UNNA modifizierte Karbol-Methylgrün-Pyroninlösung (für Plasmazellen im Schnittpräparat oder Lymphocyten im Blutdeckglaspräparat) zu benutzen.

Mit diesem Farbgemisch verfährt man dann ganz wie bei der singulären Färbung mit LÖFFLERS Methylenblau etc. Man färbt auf dem Deckglas in der Cornettpincette ca. 3 Minuten, oder läſst ein Deckglas auf dem Uhrschälchen 5 Minuten schwimmen. Für alle Fälle, wo in zelligen Sekreten Bakterien zu suchen sind, hat man so eine sehr handliche Doppelfärbung, welche man stets sogleich als erste anwenden kann, da die singuläre Färbung nach LÖFFLER etc. hiermit für den in Rede stehenden Zweck überholt, überflüssig und entbehrlich geworden ist.

Wir hätten also:

8. Färbung nach PAPPENHEIM.

Konzentrierte 5%ige karbolwässrige Lösung von
Methylgrün 2,0
Pyronin 1—3

Dauer 3—5 Minuten. Kern blaugrün bis lila, Kokken dunkelrot.

Für den gewöhnlichen praktischen Bedarf erscheint diese Färbung völlig genügend; sie leistet das, was wir von einer Gonokokkenfärbung in erster Linie verlangen wollen, nämlich auffallende Sichtbarmachung aller selbst noch so wenig vorhandener Gonokokken. Eine spezifische Gonokokkenfärbung ist sie natürlich ebensowenig, wie irgend eine andere derartige Methode, aber eine stets sichere und verläſsliche Doppelfärbung, die auch wirklich alle vorhandenen Gonokokken auffallend hervortreten läſst, so daſs sie unter Zuhilfenahme der sonstigen morphologischen und biologischen Kriterien leicht als solche konstatiert werden können. Sie leistet also jedenfalls mehr als die einfache singuläre Methylenblau- oder Kresylviolett-Färbung, die für Fälle mit wenig Gonokokken dem Auffinden doch oft noch viel Schwierigkeiten in den Weg legt. Hinsichtlich der Abgrenzung gegen Pseudogonokokken leistet sie freilich ebensowenig wie jede andere singuläre Färbung, denn hinsichtlich des Bakteriengehalts des Präparats muſs ja auch die Methylgrün-Pyroninfärbung als singuläre Färbung gelten, da alle Bakterien, Bacillen und Kokken in derselben roten Farbe tingiert sind.

Für ganz besondere Fälle kann diese Methode nun aber noch verfeinert werden. Wie wir oben ausführten, kann sie hinsichtlich der tech-

[10] $M : P = \frac{2}{1 \text{ bis } 2 \text{ bis } 3.}$

nischen Handhabung ebenso wie hinsichtlich des Bakteriengehalts als einfache singuläre Färbung angesehen werden. Wie eine solche kann sie also noch mit anderen Färbungsprozeduren kombiniert werden, und etwa wie eine einfache singuläre Methylenblaufärbung nach NEISSER angeschlossen werden an eine vorangegangene Plasmafärbung mit sauren Farbstoffen, wofür wir hier Orange-G. in verdünnter Lösung vorschlagen würden. Wir hätten dann:

9. Verfahren NEISSER-PAPPENHEIM.

1. Färbung mit Orange-G.,
2. Gegenfärbung mit Karbolmethylgrün-Pyronin.

Oder aber zur gröfstmöglichen Ausschaltung von Pseudogonokokken und noch schärferer Abhebung der Gonokokken von den jodfesten Mikrokokken kann das Verfahren nach STEINSCHNEIDERS Prinzip angeschlossen werden an eine vorausgehende GRAM-Färbung.[11] Also:

10. Verfahren nach STEINSCHNEIDER-PAPPENHEIM.

1. Färbung und Entfärbung nach GRAM.
2. Gegenfärbung mit Karbolmethylgrün-Pyronin.

Schliefslich lassen sich selbst die Methoden 9 und 10 miteinander zu einer Universalgonokokkenfärbemethode kombinieren.

11. Universalgonokokkenfärbmethode nach STEINSCHNEIDER - NEISSER-PAPPENHEIM.

1. Karbolgentiana.
2. Liquor LUGOLI 3 Minuten.
3. NICOLLES Aceton-Alkohol [Alc. abs. + 1/3 Aceton] (nicht GÜNTHERS Säurealkohol) nicht weniger als 1/2 und nicht mehr als 2—3 Minuten, da im ersteren Falle noch intracelluläre Gonokokken gefärbt bleiben, im letzteren Falle aber auch sonstige Kokken entfärbt werden (VAN DEN BERG).
4. Orange-G.
5. Absaugen mit Fliefspapier.
6. Karbolmethylgrün-Pyronin.
7. Abspülen im Wasser.
8. Trocknen und Montieren.

Es erscheinen:

Zellkerne grünblau (Methylgrün),
oxyphiles Plasma der neutrophilen Leukocyten gelb (Orange),
eosinophile Granulationen gelb (Orange),
Mastzellenkörner rotviolett (Metachromasie von Gentianaviolett),
oder gelegentlich scharlachrot (Metachromasie von Pyronin),
Leiber der Epithelien rosa (Pyronin),
„ „ Lymphocyten purpurrot (Pyronin),
Gonokokken rot (Pyronin),
jodfeste Bakterien schwarzblau (Jod-Gentiana).

---

[11] Die nach den Prinzipien von NOGUÈS und WEINRICH vorzunehmen ist (ohne Abspülen in Wasser).

Diese Methode läfst sich schliefslich noch an vierter Stelle vereinfachen, indem man nämlich den Orangeakt zum GRAM-Prozefs schlägt, so dafs man dem NICOLLE-Alkohol Orange zufügt, oder aber, dafs man Orange zugleich mit der Methylgrün-Pyroningegenfärbung einwirken läfst, etwa in einem nach EHRLICHS Prinzipien hergestellten neutralen triaciden Orange-Methylgrün-Pyroningemisch. Dieses sind jedoch mehr theoretisch-akademische Möglichkeiten, die für die Praxis weniger Bedeutung haben.

Hamburg, im März 1903.

Beiträge zur Behandlung der Hautkrebse nach der Methode von ČERNY-TRUNEČEK.

Von

Dr. C. BECK,
ordin. Arzt für Hautkranke am Adèle-Bródy-Kinderhospital zu Budapest.

Im Jahre 1897 haben zwei Prager Ärzte, ČERNY und TRUNEČEK, in der *„Semaine médicale“* zuerst ihre Erfolge mitgeteilt, die sie in der Behandlung der Hautkrebse mit ihrem Verfahren erlangt.

Ihr Verfahren besteht darin, dafs sie die geschwürige, an der Oberfläche gut gereinigte Neubildung, täglich ein- eventuell zweimal, mit einer alkoholischen Lösung von Arsenigesäure bepinseln. Die Zusammensetzung ihrer Lösungen wechselt zwischen:

℞ *Acid. arsenic. pulv.*	1,0	℞ *Acid. arsenicos.*	1,0
Alcoh. abs. und		*Alcoh. abs.*	
Aquae dest.	⩶ 75,0	*Aquae dest.*	⩶ 25,0

Sie ist in langsam steigender Konzentration zu gebrauchen. Falls der Krebstumor noch nicht geschwürig wäre, ist die normale Hautdecke der Neubildung, wenigstens an einer kleineren Fläche, mittels Schere oder des Messers zu entfernen, damit die Arsenigesäure, welche die gesunde Epidermis nicht angreift, mit dem Gewebe des Tumors in unmittelbare Berührung komme.

Nach dem Einpinseln bleibt die betreffende Fläche ganz frei, ohne Verband, damit an der Stelle durch die Berührung mit der Luft — durch Oxydations- und Eintrocknungsprozesse — eine je härtere und widerstandsfähigere Kruste sich bilden soll. Meistens bildet sich schon in 24 Stunden nach der ersten Pinselung eine grauweifse gut haftende Kruste.

Nachfolgend wird auf die Kruste selbst, ohne dieselbe zu entfernen, gepinselt, und durch diese Pinselungen, sowie durch die beständige Berührung mit der Luft, wird die Kruste immer dicker, härter und auch

dunkler, und haftet mit den umgebenden und darunter liegenden Geweben so fest zusammen, dafs ihre Entfernung resp. Ablösung nur schwer, mit starken Blutungen und Schmerzen verbunden, gelingt. Ja, es ist auch nicht statthaft in diesem Stadium der Behandlung, die festhaftende Kruste entfernen zu wollen, sondern man mufs während der täglichen Pinselungen den Zeitpunkt abwarten, bis die Kruste sich schon gelockert hat und anfängt sich von selbst abzuheben. Nun ist die Kruste, die meistens das ganze zu Grunde gerichtete Gewebe des Tumors enthält, leicht zu entfernen. An ihrer Stelle findet man ein schönes gesundes Granulationsgewebe, dessen Überhäutung nach den bekannten Regeln der Wundbehandlung zu erreichen ist.

Es ist aber für jeden Fall ratsam, nach der Abstofsung der ersten Kruste die granulierende Oberfläche mit der alkoholischen Arsenigesäurelösung nochmals zu bepinseln, um darüber sicher zu sein, dafs alles Krebsige vernichtet ist. Wenn nach dieser Pinselung sich nur eine dünne, gelbliche oder grünliche Kruste bildet, ist es überflüssig, mit der Behandlung weiter fort zu fahren, da alles Krankhafte mit der ersten Kruste entfernt ist; wenn sich aber stellenweise noch dunkler gefärbte, dickere und fest haftende Krustenteile gebildet haben, so bedeutet dies, dafs an diesen Stellen noch Krebsnester zurück geblieben sind, und die Behandlung ist zu wiederholen.

Die Behandlung ist kaum schmerzhaft; nur nach den ersten Pinselungen treten stechende Schmerzen auf, um welche zu lindern, einige, zumeist französische Kollegen, zu der originalen Cerny-Trunečekschen Lösung Orthoform beimischen. Nach mancher Bepinselung tritt eine stärkere entzündliche Reaktion auf; in diesem Falle ist die Behandlung für einige Tage auszusetzen.

Die oben genannten Autoren berichteten seit ihrer ersten Veröffentlichung wiederholt über mehrere mit Erfolg behandelte Fälle; angeblich haben sie aufser dem Hautkrebs auch beim Lupus (Cerny), und sogar auch beim Sarkom (Truneček) gute Resultate erzielt. Bald haben das Verfahren auch andere erprobt, und hauptsächlich die Franzosen haben sich seiner angenommen, so dafs schon im Jahre 1898 Hermet, Gastou und Haury der Pariser dermatologischen Gesellschaft mehrere so behandelte Patienten vorführen konnten. Durch andere Autoren wurde auch über gelungene Heilungsversuche berichtet, und Robbillard hat sogar in seiner Dissertation die bis zum Schlusse des Jahres 1899 nach Cerny-Trunečekscher Methode behandelten und bekannt gewordenen Fälle gesammelt. Ihre Anzahl ist 45, darunter 34 geheilt. In kurzer Zeit ist die Literatur dieses Verfahrens so sehr gewachsen, dafs Truneček im Jahre 1901 schon 43 Arbeiten erwähnt, die über dieses Verfahren handeln. Mit welchem Vertrauen die Patienten sich dem sogenannten blutlosen Ver-

fahren zuwenden, und wie sehr sie sich vor dem Messer fürchten, wird am meisten dadurch bewiesen, daſs CERNY in Prag ausschlieſslich zur Behandlung mit Hilfe dieser seiner Methode ein glänzend eingerichtetes Sanatorium erbauen lieſs.

Was nun die Indikationen dieses Heilverfahrens anbelangt, müssen wir bemerken, daſs schon CERNY und TRUNEČEK eingesehen haben, daſs ihr Verfahren nicht bei allen Krebsen mit Aussicht auf Erfolg angewendet werden kann. Es ist ganz aussichtslos, in solchen Fällen, die Methode anzuwenden, in welchen in den Lymphknoten schon Metastasen aufgetreten sind, wenn der Patient sehr abgeschwächt ist, oder wenn wir eine nach der Operation aufgetretene ausgebreitete Rezidive vor uns haben, oder wenn schlieſslich die Geschwulst sehr groſs ist. Übrigens ist es ganz gleichgültig, an welcher Stelle des Körpers die Krebse ihren Sitz haben, einzige Bedingung ist nur die leichte Zugänglichkeit. Die an der Zunge, oder am Muttermund, oder an der Mastdarmöffnung sich bildenden Krebse sind angeblich eben so leicht und mit demselben Erfolge mit der Arsenigesäurelösung zu behandeln, wie die an der Haut des Kopfes, des Rumpfes oder der Extremitäten auftretenden Epitheliomen.

Die Arsenbehandlung der Hautkrebse ist weder neu, noch eine Erfindung von CERNY und TRUNEČEK. Das Arsen ist, sowohl äuſserlich wie innerlich angewendet, eines der ältesten Mitteln in der Therapie der Neubildungen, welches der operativen Ära längst vorausgegangen war. Den Prager Ärzten ist nur das als Verdienst anzurechnen, daſs sie eine einfachere, dem Kranken angenehmere, und für den Arzt bequemere Methode der Arsenbehandlung gefunden haben. Der besondere Vorteil dieser Behandlung besteht nur darin, daſs der Zeitraum ihrer Anwendung nicht zu empirisch festgestellten Stunden oder Tage gebunden, oder der Einsicht des Arztes anvertraut ist, wie es bei der Verwendung der alten Arsenpasta war, sondern die Abstoſsung der nach den Pinselungen auftretenden Kruste ein objektives Zeichen ist, welches den Schluſs der Behandlung mit genügender Sicherheit anzeigt.

Mag auch das Arsen ein noch so altes Mittel in der Therapie der Epitheliome, und mögen auch die Indikationen der neuen Methode noch so eng beschränkt sein, so waren doch die Resultate CERNYS und TRUNEČEKS, sowie mehrerer anderer Autoren in dem Maſse zufriedenstellend, daſs neuere Experimente gerechtfertigt erscheinen.

Die Methode habe ich insgesamt in fünf Fällen angewendet. Zwei Patienten habe ich durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Dozenten und Primarius FRANZ TAUSZK im Budaer Armenasyl behandeln können, die übrigen drei Fälle stammen aus meiner Privatordination. Ihr Krankheitsverlauf ist in kurzen Zügen folgender:

1. R. G., 73 Jahre alte Frau, im Armenhause zu Buda. Inmitten der Stirne befindet sich ein nufsgrofser, seit Jahren bestehender, langsam wachsender höckeriger Tumor, deren mit dünner Haut bedeckte Oberfläche mit erweiterten Gefäfsen durchsetzt ist. An beiden Nasenflügeln, rechts auf die Wange übergreifend, finden wir je ein von stark geröteter Haut umrandetes 1—2 mm tiefes, mit dünner Kruste bedecktes Geschwür. Das rechte ist ungefähr einpfennigstückgrofs, das linke ist erbsengrofs. Aufserdem finden wir in der Mitte der rechten Wange, zwischen dem Jochbein und dem horizontalen Ast des Unterkieferbeines, im Umfange eines Zweipfennigstückes, etliche kleine, erbsengrofse, sich hart anfühlende Knötchen, die stellenweise auch exkoriiert sind. Lymphdrüsen nicht tastbar. Diagnose: Epitheliomata faciei. Mit der Behandlung wird am 8. August 1901 begonnen.

Ausgenommen den grofsen Knoten an der Stirne, wurden sämtliche Läsionen mit der Czerny-Trunečekscher Alkohol-Arsenigesäurelösung (1 : 150) eingepinselt. Am nächsten Tag bildet sich an diesen Stellen eine dunkelbraune dünne Kruste, die im Laufe der weiteren Pinselungen stets mächtiger wird. Nach der vierten Pinselung wurde schon die 1%ige Lösung verwendet, nach der zehnten Pinselung aber mufste die Behandlung abgebrochen werden, wegen heftiger Schmerzen und hochgradiger Schwellung der umgebenden gesunden Haut. Trotzdem löst sich die Kruste in einigen Tagen ab, und kaum eine Woche nachher sind schon fast sämtliche geschwürig gewesenen Stellen mit einer dünnen, glatten, weifsen Epidermis überzogen, nur an der Wange sind noch ein bis zwei hirsekorngrofse Knötchen, und eine kleine, erbsengrofse Kruste. Da die Frau inzwischen über heftiges Seitenstechen klagte, welches, mit Fieber verbunden, sie an das Bett fesselte, wurde sie auf ihre Bitte vorläufig nicht weiter behandelt.

2. N. S., 66 Jahre alte Frau, im Armenhause zu Buda. Vor ungefähr 15 Jahren wurde sie vom dirigierenden Primararzt Dr. Ludwig an der Nase operiert. Die Operation bestand aus Auskratzen und Brennen der Wunde, die sich an der Haut der Nase bildete. Gegenwärtig befand sich an der Haut des rechten Nasenflügels über den Sulcus nasolabialis eine ungefähr pfennigstückgrofse weifse Narbe. An ihrem Rande sind 3—4 erbsen- bis bohnengrofse oberflächliche, von Krusten bedeckte Geschwüre sichtbar. Zwei ähnliche oberflächliche Exulcerationen befinden sich an der Haut des linken Nasenflügels; im Gesichte einige Verrucae sebaceae. Diagnose: Epitheliomata faciei. Mit der Behandlung wird am 5. August 1901 begonnen.

Nach der dreizehnten Pinselung wurde mit der Behandlung wegen starken Schmerzen drei Tage lang ausgesetzt. Nachher wurde sie noch siebenmal gepinselt. Während der letzten Behandlung sind manche der Krusten abgefallen, und haben sich von neuem gebildet. Nach der zwanzigsten Pinselung wurden die Krusten definitiv entfernt, worauf die kleinen Geschwüre sich bald überhäuteten. Nach ungefähr zwei Monaten haben sich an der Grenze der schönen, neugebildeten weifsen Narben, zwei bis drei neue hirsekorngrofse Exkoriationen gebildet, die die Patientin vorläufig nicht behandeln läfst.

3. N. N., Klaviermeister, 60 Jahre alt. Kam im Juni vorigen Jahres zu mir, mit der Klage, dafs an seiner Nase vor einigen Wochen sich ein langsam wachsendes Geschwür bildete. Bei der Untersuchung fand ich am rechten Nasenflügel, einen halben Zentimeter unterhalb des Augenwinkels, ein pfennigstückgrofses, unregelmäfsiges, mit Krusten bedecktes Geschwür. Nach Entfernung der Kruste erwies sich das Geschwür 2—3 mm tief, mit unebenem höckerigen Grunde. Am Gesichte sind zerstreute Verrucae sebaceae. Lymphdrüsen nicht tastbar. Diagnose: Epithelioma faciei. Die exulcerierte Fläche wurde insgesamt 25 mal gepinselt. Während der Behandlung fällt die Kruste öfter ab und bildet sich von neuem wieder.

Die nach den letzten Pinselungen gebildeten Krusten sind sehr dünn und haften schwach, noch während dieser Pinselungen beginnt die Epidermisierung des Geschwürs von den Rändern her und wird auch binnen kurzem vollständig. Die ganze Behandlung dauerte bis zur vollkommenen Genesung fünf Wochen lang. Nach zwei Monaten meldete sich der Patient mit einer kleinen weifsen, glatten Narbe.

4. Sch. U., circa 50 Jahre alter Kaufmann, kam Ende Mai vorigen Jahres zu mir und erzählt, dafs sich an seiner rechten Schläfengegend vor ungefähr zehn Jahren eine Geschwulst entwickelt hat, die als Epitheliom diagnostiziert und von weiland Prof. Josef v. Kovács mit dem Paquelin ausgebrannt wurde. Seitdem erneuerte sich das Neugebilde öfters an derselben Stelle, wo es zuerst aufgetreten war, später griff es auch auf die benachbarte Haut über, und wurde schon viermal operiert. Zuletzt hat Prof. v. Herczel ihn operiert, und die operierte Fläche wurde mit einem, von einem Fremden genommenen Hautlappen bedeckt. Gegenwärtig ist an der rechten Schläfe eine kinderhandtellergrofse, glänzende, weifse, von einigen erweiterten Gefäfsen durchsetzte Narbe. Im Augenwinkel ist ein bis zum Periost reichendes, etwas nässendes, circa $^1/_2$ cm tiefes und breites Geschwür, welches mit einer Kruste bedeckt ist, und dessen Grund uneben, seine Ränder hart und verdickt sind. Seitwärts von dieser Stelle befindet sich ein anderes, ungefähr ein markstückgrofses, doch weniger tiefes Geschwür. Der Knochen ist nirgends blofs gelegt, Lymphdrüsen sind nicht tastbar. Der Kranke will sich unter keiner Bedingung einer Operation unterwerfen, und frägt meine Meinung über die Cerny-Trunečeksche Methode, deren Versuch ihm schon von einem Arzte in Paris angeraten worden ist. Obwohl ich, in Anbetracht der vielen Rezidiven, kein besonderes Vertrauen zu einem Erfolg hatte, habe ich mich doch zu einem Versuche mit der Arsenigesäurelösung entschlossen, erstens weil der Tumor sehr langsam wuchs und infiltrierte Drüsen nicht zu tasten waren, also war der Aufschub etwaigen operativen Eingriffes mit keiner prominenten Gefahr verbunden, zweitens wollte ja der Patient von einer Operation überhaupt nichts hören.

Aber der Patient hat sich unter verschiedenen Vorwänden der Behandlung entzogen und meldete sich erst Ende Oktober wieder. Nun gestand er, dafs er in die Hände von Kurpfuschern geraten, die ihm mehrere geheilte Fälle von „Geschwüren" gezeigt haben. Schliefslich wurde er ihrer Kur überdrüssig, und nun drang er selbst ernstlich mit der Cerny-Trunečekscher Kur zu beginnen. Diesmal fand ich die exulcerierten Stellen des Technioms etwas vergröfsert, sonst schien der Zustand unverändert. Die erste Pinselung wurde am 2. November vorgenommen. Von nun an wurde er täglich, meistens zweimal des Tages, nach dem schon ausführlich beschriebenen Verfahren gepinselt. Die Krusten, die sich nach den ersten Pinselungen gebildet haben, sind bald dunkelbraun und sehr dicht geworden und hafteten sehr fest an ihrer Unterlage. Die Lösungen habe ich entsprechend der Verhärtung der Kruste allmählich stärker verwendet, schliefslich benutzte ich eine Lösung von der Konzentration 1 : 50. Bis zur 23. Pinselung war der Verlauf ganz normal, der Beschreibung von Cerny und Truneček entsprechend; manchmal kam an einigen Punkten aus der Kruste ein wenig eitriges Sekret zum Vorschein, oder es trat eine entzündliche Reaktion der umgebenden Haut auf, welche aber nach Anwendung von Umschlägen mit Burowscher Lösung bald verschwand. Nach der 23. Pinselung hat sich die Kruste gelockert, gleichzeitig ist aber ein so rapider Zerfall, eine Gangrän der umgebenden Geweben aufgetreten, dafs in drei Tagen die Geschwürsfläche das Doppelte ihrer ursprünglichen Gröfse und Tiefe erlangte, die zwei gesonderten Geschwüre sind durch den Zerfall des sie trennenden und früher gesund aussehenden Hautstreifens zusammengeflossen, die Ränder schwollen stark an, und die ganze exulcerierte Fläche war mit schmutzigen graubraunen, aber nicht übelriechenden Gewebstrümmern und Eiter be-

deckt. Unter solchen Umständen traute ich mich nicht, mit der Arsenigesäurebehandlung fortzufahren, und riet, sich sofort zu einem chirurgischen Eingriff zu entschließen. Dies geschah auch paar Tage später, nachdem der Gewebszerfall stillstand und der entzündliche Prozeß unter den Umschlägen sich zurückgebildet hatte. Bei der histologischen Untersuchung des Tumors erwies sich derselbe als ein Carcinom, welches nach Art des Ulcus rodens die Saftlücken der benachbarten, makroskopisch normal erscheinenden Hautpartien stellenweise auch infiltriert hat.

5. M. R., 62 Jahre alt, Zeitungsredakteur. Meldete sich im Juni vorigen Jahres in meiner Ordination. Rechts auf der Unterlippe, 1 cm weit vom Mundwinkel, ist eine bohnengroße, gelbliche Kruste. Nach deren Entfernung befand sich dort eine ebenso große, 3—4 mm über das Lippenrot wuchernde, wenig schmerzende Neubildung, welche sich hart anfühlt und deren Oberfläche leicht blutend und ungleichmäßig ist. An der Lippen- und Wangenschleimhaut ausgedehnte Leukoplasie; Drüsen nicht tastbar. Patient ist ein mäßig starker Raucher, Syphilis hat er nicht gehabt. Diagnose: Epithelioma faciei. Behandlung nach Cerny-Trunečekscher Methode. Erste Pinselung am 15. Juni. Insgesamt wurde die Neubildung resp. die an ihrer Stelle gebildete Kruste 21 mal gepinselt. Der Verlauf war ganz normal. Die Einwucherung des Epithels von den Rändern her begann schon unter der Kruste, und wird nach deren Entfernung bald vollkommen; am 11. Juli ist die Stelle des Epithelioms ganz glatt, von normaler Epidermislage überzogen. Fünf Monate später, anfangs Dezember, bildete sich eine kleine linsengroße Rezidive, welche diesmal mittels des Thermokauters entfernt wird.

Wir können uns schon aus diesen einigen Fällen über den Wert der Cerny-Trunečekscher Methode Rechenschaft geben. Es ist zweifellos, daß man in denjenigen Fällen, wo es sich um ganz oberflächliche, die Lymphdrüsen noch nicht infiltrierende Hautkrebse handelt — die ja auch klinisch nach langem Bestehen sich relativ gutartig erweisen — mit der Arsenigesäurebehandlung befriedigende Resultate erzielen kann. Aber eben diese, in der Praxis des Dermatologen so häufig vorkommenden Fälle, sind auch nach vielen anderen Methoden mit günstigem Erfolge, nicht selten sogar in kürzerer Zeit zu heilen. Zweifellos ist es ein großer Vorzug des Verfahrens, daß bei großer Übung — welche nach Cerny und Truneček unbedingt notwendig ist, um zufriedenstellende Resultate erreichen zu können —, aus der Qualität der Kruste schon zu entscheiden ist, ob die behandelte Hautpartie noch Krebsnester enthält oder nicht; eben dadurch wären ja die Rezidive leicht zu vermeiden. Es ist möglich, daß in dem einen oder anderen meiner Fälle Mangel an nötiger Übung die Schuld daran trug, daß nach kürzerer oder längerer Zeit Rezidive aufgetreten sind, es ist aber schwer zu erklären, warum die Autoren selbst ihr Verfahren bei solchen Krebsen nicht empfehlen, die schon einmal rezidivierten, da doch eben bei jenen Fällen die Anwendung dieser Methode gerechtfertigt erscheinen sollte, in welcher trotz der vorausgegangenen blutigen Operationen sich Rezidive einstellten, die wahrscheinlich aus den zurückgebliebenen Krebszellen hervorgegangen sind.

Nach meiner Meinung ist, bezüglich der Rezidive, die CERNY-TRUNEČEKsche Methode keineswegs sicherer, wie das Messer, der scharfe Löffel oder der Thermokauter. Die Richtigkeit des Ratschlages von CERNY-TRUNEČEK, bei rezidivierten Krebsen ihr Verfahren nicht anzuwenden, beweist leider am besten mein vierter Fall.

Auf die Hypothesen, mit welchen sich hauptsächlich TRUNEČEK befafste, nämlich auf welcher Weise das Arsen auf die Krebszellen einwirkt, ob in der Tat eine Arsenophilie der Krebszellen existiert oder nicht, kann ich aus Mangel eigener Forschungen nicht näher eingehen, insbesondere auch deswegen nicht, weil ich nur vom klinischem Standpunkte aus mich mit der Frage befassen wollte.[1]

[1] Ein ausführliches Verzeichnis der Literatur siehe in TRUNEČEKS Artikel: „Die Behandlung der bösartigen Geschwülste mit Arsenverbindungen. *Wien. med. Wochenschrift* 1901. No. 19.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. März 1903.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS.

1. HOFFMANN demonstriert einen Mann mit **Endophlebitis syphilitica der Vena saphena magna** beiderseits, der Vena saphena parva rechts, vom Fufsrücken bis zur Fossa ovalis. Infektion Mitte 1902, Exanthem im Januar 1903.

Resezierte Stücke (am Fufsgelenk und am Oberschenkel) zeigten fast völligen Verschlufs des Gefäfses. Den Beginn stellt eine starke Wucherung der Intima dar, an welche sich ein zum Teil bereits organisierter Thrombus anlegt.

Die Therapie, welche in kurzer Zeit die Erscheinungen fast zum Verschwinden gebracht hat, bestand in JK + Hg.

2. WECHSELMANN demonstriert eine **Cyste in der Raphe penis** (dicht hinter dem Frenulum). Sie bestand schon in der Kindheit, wuchs aber erst stärker zur Zeit der Pubertät. Diese Art Cysten mit epithelialer Wand sind abhängig von Wachstumsstörungen beim Schlufs der Urethra. Sie finden sich mit Vorliebe am bezeichneten Orte, wo die Harnröhre sich zu allerletzt schliefst.

Diskussion: HELLER hat ähnliche Cysten symmetrisch, beiderseits vom Frenulum, beobachtet und sie von TYSONschen Drüsen abgeleitet.

ROSENTHAL hält diese Fälle für relativ häufig.

WECHSELMANN glaubt, dafs die symmetrischen Cysten wohl aus drüsigen Bildungen hervorgegangen sind, die in der Mittellinie gelagerten aber aus der Epithelnaht beim Schlufs der Urethra.

3. SAALFELD demonstriert einen mit **Filzläusen** behafteten Mann, dessen Haut (namentlich die Achselhöhlen) einen roten **Farbstoff absondert**. Er ist geneigt, diese Färbung in ätiologische Beziehungen zu den Phthirii zu bringen.

Diskussion: HOFFMANN legt nahe, ob es sich nicht um verwaschene Blutflecke handele.

4. PINKUS demonstriert einen Kranken mit kleinen **Granulationstumoren in der oberflächlichsten Cutis am Bauch und am Penis**, die sich in Form kleiner, dem Lichen planus ähnlicher Knötchen darstellen. Über ihnen ist eine vermehrte Verhornung im Epithel, aber keine sichere Beziehung zu Drüsen oder Haaren vorhanden.

5. HELLER demonstriert eine **strichförmige Dermatose** am rechten Unterschenkel, vermutlich Pigmentreste eines abgeheilten **Lichen planus.**

6. HELLER demonstriert a) eine junge Dame mit **Onycholysis.** Die Nagelabscheidung beträgt im Jahre 2,457 g, ist also etwas erhöht;

b) eine junge Dame, deren Nägel an beiden Daumen, am linken zweiten und dritten Finger in der Mittellinie als einzige Veränderung eine tiefe Furche, zusammengesetzt aus einer grofsen Zahl querer Einrisse, tragen. Er bezeichnet diese Affektion als **Ekzema striatum medianum unguale.**

Diskussion: LASSAR empfiehlt zur Nagelbehandlung (vom Prinzipe des Desinfizierens ausgehend) ein Pflaster mit 2% Karbol und 2‰ Sublimat. Beim Glattfeilen der Nägel läfst er die Feile mit Terpentin befeuchten. Ferner empfiehlt er den Versuch, Nagelaffektionen mit Röntgenstrahlen zu behandeln.

MEYERHARDT sah die Abheilung einer Onycholysis nach längerer Seefahrt.

ROSENTHAL hat Onycholysis in einem Fall von Syphilis gesehen. Die Affektion ist als ein Symptom trophischer Störungen zu betrachten, deren Ätiologie in den einzelnen Fällen völlig verschieden sein kann.

7. SEEGALL demonstriert einen Mann mit **Icterus bei frischer Syphilis.** Es besteht Leber- und Milzschwellung.

8. BLASCHKO demonstriert einen Knaben mit einer der **Alopecia areata** ähnlichen Affektion. Eine Schwester des Kranken war wenige Wochen vorher von einer ausgedehnten Alopecia areata geheilt worden. Hier bestehen gewisse Unterschiede von der gewöhnlichen Form, Pityriasis furfuracea, allgemeines Schütterwerden der Haare. Manches spricht dafür, dafs wenigstens gewisse Arten von Alopecia areata infektiöser Natur sind.

Diskussion: LIPPMANN hat der Alopecia areata ähnliche kahle Flecke bei Seborrhoea capitis des öfteren gesehen.

BLASCHKO hält es für wichtig, zwischen den Alopeciaherden bei Seborrhoe und der Seborrhoe bei Alopecia areata zu unterscheiden.

9. SEEGALL demonstriert ein 16jähriges Mädchen mit einem seit der Jugend bestehenden Juckausschlag. An Stirn, Kinn, Nacken, Ellenbeugen, Kniebeugen ist die Haut lichenisiert. Die zwischen Prurigo und **Lichen simplex chronicus** schwankende Diagnose neigt sich vor allem wegen der Lokalisation dem letzteren Leiden zu.

Diskussion: WECHSELMANN schliefst die Diagnose Prurigo wegen der fehlenden Lymphdrüsenvergröfserungen aus.

10. GEBERT demonstriert ein Mädchen mit **Warzeneruption auf einem Ekzem.**

Diskussion: PINKUS erinnert an GASSMANNS Fall von Warzenausbreitung auf juckender Psoriasis (*Arch. f. Dermat.* Bd. 41).

BLASCHKO hält alle Warzenbildungen des Körpers (verruca dura, papillomatosa, senilis, condyloma acuminatum) für die Folgen ein und desselben ätiologischen Faktors. Er hat nach Abknipsen einer papillären Warze auf der Berührungsstelle an den beteiligten Fingern Warzen auftreten sehen. Die verschiedene Form ist nur die Folge des verschiedenen Standortes und der äufseren Einwirkungen.

SAALFELD, PINKUS, LIPPMANN wenden sich gegen die Identifizierung.

11. ROSENTHAL spricht unter Vorlage von Abbildungen über die **Beziehungen der Sklerodermie zur halbseitigen Gesichtsatrophie.**

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1903. Band 64, Heft 1 u. 2.

I. **Über eine lepraähnliche Krankheit im Kamerungebiet**, von A. Plehn. Die in Rede stehende Krankheit beginnt mit gelbbraunen bis rotbraunen, meist rundlichen, zwanzigpfennigstück- bis handtellergrofsen, am Rande etwas erhabenen, im übrigen glatten Flecken auf der dunkleren Haut, mit der sie scharf kontrastieren. Sie sind unregelmäfsig über den Körper verteilt, am stärksten befallen ist der Rumpf, am schwächsten das Gesicht. Wo die Affektion den Bereich der Augenbrauen erreicht, fallen die Haare aus. Der Ausbruch der Flecken geschieht schubweise und ist von Schüttelfrost und hohem, mehrtägigem Fieber begleitet. Der Temperatursinn und die Tastempfindung bleiben im Gebiet der Flecken stets vollkommen erhalten.

Zuweilen beobachtet man unter den Flecken flache, mit der Haut fest zusammenhängende, auf dem darunter befindlichen Gewebe verschiebliche, mehr oder weniger scharf begrenzte, haselnufs- bis halbpflaumengrofse Geschwülste. Die sichtbaren Schleimhäute scheinen vollkommen frei zu sein. Öfters begegnet man allgemeiner Drüsenschwellung.

Zehn bis zwölf Jahre kann die Krankheit auf die Haut beschränkt bleiben. Bisweilen aber tritt sie schon nach zwei bis drei Jahren in ihr zweites Stadium ein. Dieses ist charakterisiert durch Ulcerationen, welche sich auf beiden Fufssohlen, und zwar zuerst in der schwieligen Haut der Zehenballen oder der Ferse, entwickeln — (die Patienten pflegen meist barfufs zu gehen) — und anfangs den Eindruck eines typischen Mal perforant du pied machen. Die Umgebung der Geschwüre, später der ganze Fufs, endlich auch der Unterschenkel schwellen ödematös an und können schliefslich das Bild einer mäfsigen Elephantiasis aufweisen. Im weiteren Verlaufe kommt es zur Zerstörung der Phalangen, der Mittelfufs- und Mittelhandknochen und zum Verluste von Zehen und Fingern.

Das dritte Stadium, das jedoch von den Patienten zumeist nicht erreicht wird, weil sie schon vorher infolge der gehäuften Fieberattacken oder an Sepsis, an interkurrenten Krankheiten zu Grunde gehen, charakterisiert sich durch einen Stillstand des Zerstörungsprozesses und durch eine gewisse Heilungstendenz. In diesem Stadium sieht man zuweilen keine Flecken mehr.

Gegen die Annahme, dafs es sich bei der geschilderten Krankheit um Lepra handle, sprechen folgende Gründe:

1. Das Fehlen gröfserer, namentlich ulcerierender Tumoren oder Knollen.
2. Das gänzliche Freibleiben des Gesichts, von einigen Hautflecken abgesehen.
3. Das Fehlen von Sensibilitäts- oder sonstigen nervösen Störungen.
4. Das Fehlen von Verdickungen der Nervenstämme (speziell des Ulnaris und Auricularis magnus).
5. Das Fehlen von spezifischen Mikroorganismen, insbesondere der Leprabacillen.

Man wird das beschriebene Krankheitsbild bis auf weiteres als „Pseudolepra“ bezeichnen können. Eigentliche Lepra hat Verfasser in Kamerun nirgends angetroffen.

II. **Syphilis in der Steinzeit in Japan**, von B. Adachi. Rinken-Gakudzin war im Jahre 1895 in seiner Arbeit zu der Ansicht gelangt, dafs die Syphilis erst im

16. Jahrhundert aus dem Occident nach Japan eingeschleppt worden sei. Zu demselben Schlufs ist später Okamura in seiner Geschichte der Syphilis in China und Japan gekommen. Verfasser hat nun in der Sammlung aus der Steinzeit Japans, in dem anthropologischen Museum zu Tokio eine gut erhaltene Tibia vorgefunden, die er sowohl wie Prof. Yamagiwa als syphilitisch erkrankt erklärt haben. Die Tibia ist 34 cm lang, zeigt keine Zeichen von Fraktur, ist im mittleren Teil diffus verdickt und durch die Knochenbrücke mit der ebenfalls verdickten Fibula verwachsen. Die Knochensubstanz ist hart; die Fläche weifs, rauh und uneben, mit vielen kleinen, dornförmigen oder leistenartigen Fortsätzen und vielen, verschieden grofsen, senkrecht in die Tiefe führenden Gefäfskanälen und einigen seichten Gefäfsfurchen versehen. In ähnlicher Weise ist die Fibula in ihrem mittleren Teile verändert.

Das distale und proximale Ende der Tibia sind ganz gesund.

III. **Ein Fall von Hautatrophie nach Röntgenbestrahlung**, von H. E. Schmidt-Berlin. Der Patient hatte im Jahre 1896 seine rechte Hand eine halbe Stunde der Röntgenbestrahlung ausgesetzt, um ein Photogramm der Hand zu erhalten. Zwei bis drei Wochen später bemerkte er Rötung der bestrahlten Haut. Das ursprünglich helle Rot ging im Winter darauf in ein Blaurot über. Gleichzeitig wurde die Haut dünner. Zur Zeit ist die Haut über den Metakarpalknochen der rechten Hand livid verfärbt, stark verdünnt und gefaltet wie „zerknittertes Cigarettenpapier". Veränderungen der Tast-, Temperatur- und Schmerzempfindung sind nicht nachweisbar.

Die Gelenkenden der Phalangen sind etwas verdickt.

Auffallend ist im vorliegenden Falle, dafs die Atrophie sich an eine ganz unbedeutende nach einmaliger Bestrahlung entstandene Röntgendermatitis angeschlossen hat.

IV. **Ein Beitrag zur Kenntnis der Pityriasis rubra (Hebra)**, von M. Tschlenow-Moskau. Der Verfasser gibt zunächst einen kritischen Überblick über die einschlägige Literatur, teilt die Krankengeschichte dreier Fälle aus der Moskauer dermatologischen Klinik mit und bespricht eingehend das Ergebnis der histologischen Untersuchung. Die pathologisch-anatomischen Befunde des Verfassers decken sich im allgemeinen mit denjenigen der anderen Autoren, welche sich mit der Pityriasis rubra beschäftigt haben. Hiernach kann man die histologischen Veränderungen in folgender Weise kennzeichnen:

1. „Ablösung der Hornschicht in Form von Plättchen und Vorhandensein von kernhaltigen Zellen in derselben;

2. bedeutende Verminderung, stellenweise sogar völliger Schwund der Körnchenschicht (im zweiten Falle, wo der Prozefs ein frischer war, kam das nicht zur Beobachtung);

3. Verdickung des Stratum Malpighii im Anfangsstadium und Verdünnung desselben im Spätstadium;

4. Zunahme der Zahl der Mitosen im Rete Malpighii zu Anfang des Prozesses (im ersten Falle, wo der Prozefs ein alter war, liefs sich eine derartige Zunahme nicht konstatieren);

5. sehr geringer Gehalt an Leukocyten im Rete (anfangs stärker);

6. Verminderung und sogar völliger Schwund des Pigments in der Basalschicht;

7. unbedeutende, kleinzellige Infiltration in der Papillar- und Subpapillarschicht und teilweise auch in den tiefen Cutislagen längs den Gefäfsen und in der Umgebung der Schweifsdrüsen;

8. Vermehrung der regulären Bindegewebszellen, die in der Richtung nach unten abnehmend ist;

9. ziemlich grofse Menge von Mastzellen;

10. bedeutender Pigmentgehalt in der Cutis, der teils frei, teils innerhalb der Zellen liegt;

11. Gefäſsveränderungen im weiteren Verlauf des Prozesses (Erweiterung der kleinen Gefäſse und atheromatöse Veränderungen der stärkeren Gefäſse der Cutis);

12. stark ausgeprägte Veränderungen der Haut im weiteren Verlaufe des Prozesses (fast völliger Schwund der Papillen, Untergang der Talgdrüsen, teilweise Atrophie des elastischen Gewebes und Sklerose des Bindegewebes)."

Nach einer kurzen Besprechung der Ätiologie, Pathogenese und Nomenklatur gelangt Verfasser auf Grund der in der Literatur beschriebenen und seiner eigenen Fälle von Pityriasis rubra Hebrae zu nachstehenden Schluſsfolgerungen:

1. „Die Aufstellung einer Gruppe Pityriasis rubra (Brocq) oder einer Gruppe „schuppender Erythrodermien" (Besnier) seitens der Franzosen ist in wissenschaftlicher Hinsicht nicht begründet.

2. Die Pityriasis rubra Hebrae stellt eine besondere und genau charakterisierte klinische Form dar.

3. Die Dermatitis exfoliativa (subacuta) Wilson-Brocq stellt gleichfalls eine selbständige, klinische Form dar, die aber im allgemeinen noch sehr wenig ausgearbeitet ist. Das Bestehen einer chronischen Dermatitis exfoliativa muſs man noch als bewiesen nicht ansehen.

4. Das Erythème scarlatiniforme récidivéant ist in vielen Fällen anscheinend identisch mit den sogenannten Arzneiexanthemen, bedarf aber jedenfalls noch weiterer Bearbeitung.

5. Das klinische Bild der Pityriasis rubra Hebrae weist jetzt zwar einige Veränderungen und Erweiterungen im Vergleich mit der ursprünglichen Hebraschen Form auf, entspricht aber doch im allgemeinen vollkommen dieser ursprünglichen Beschreibung.

6. Die histologischen Veränderungen bei der Pityriasis rubra bestehen in einer primären Erkrankung der Epidermis mit sekundären, entzündlichen Veränderungen im Cutisgewebe, die in der Folge, bei längerer Dauer der Krankheit zur völligen Atrophie der Haut führen.

7. Von den verschiedenen, zur Erklärung der Ätiologie der Pityriasis rubra Hebrae ersonnenen Theorien kann man bis jetzt keine einzige als beweisend ansehen. Die gröſste Wahrscheinlichkeit hat vielleicht noch die toxische Theorie, aber auch sie ist nur eine Hypothese, die noch bewiesen werden muſs.

8. Die Prognose der Pityriasis rubra Hebrae ist im allgemeinen sehr ungünstig, aber immerhin günstiger als Hebra annahm.

9. Die Behandlung der Pityriasis rubra Hebrae kann augenblicklich, wo wir die Ursache der Krankheit nicht kennen, nur eine palliative sein und ist in der Mehrzahl der Fälle völlig erfolglos.

V. **Zur Kenntnis der senilen Degeneration der Haut,** von J. M. Himmel (Kasan). Von verschiedenen Autoren sind bei der Beschreibung der Altersveränderungen kleine, entzündliche oder entzündungsähnliche Herde erwähnt worden, die man als rein zufällige Befunde oder als sekundäre Veränderungen aufgefaſst hat. Sie sind aber, wie Verfasser sich überzeugen konnte, keine Eigentümlichkeit der senilen Haut, sie finden sich auch in anderen Organen, und auſserdem nicht nur bei älteren, sondern auch bei jugendlichen Individuen. Verfasser hält es für möglich, daſs diese frühzeitig einsetzenden chronischen Entzündungen, bedingt vielleicht durch starke und häufige Einwirkung des Lichtes, einen zwar auſserordentlich unbedeutenden, aber dafür lebenslang andauernden entzündlichen Reiz für eine empfindliche Haut bilden und mit ihrem deletären Einflusse auf das kollagene und elastische Gewebe der Cutis

denjenigen Prozefs herbeiführen helfen, welchen man als senile Degeneration bezeichnet.

VI. **Beobachtungen über tertiäre Lues in Prof. Ehrmanns Ambulatorium in Wien,** von J. Fick-Kegel (Rufsland). In der Zeit von Oktober 1892 bis Februar 1902 wurden in Prof. Ehrmanns Ambulatorium zusammen 1484 Luesfälle beobachtet, von denen 1388 an primärer resp. sekundärer Syphilis litten, 96 (= 6,46 %) mit tertiären Erscheinungen behaftet waren. Unter den letzteren hatte in 46 Fällen gar keine, in sieben Fällen eine gänzlich ungenügende Behandlung stattgefunden. Nur intern mit Pillen oder Jodkalium waren sechs Patienten behandelt worden. Bei 15 waren die ersten Symptome und hier und da auch die Rezidive, aber mit sehr wenig Einreibungen oder Injektionen, behandelt worden. 22 Patienten haben wenigstens einmal eine gründliche Hg-Kur durchgemacht. Bei keinem der 96 Fälle hat eine chronisch-intermittierende Behandlung nach dem Grundsatze Fourniers und der Methode Neissers stattgefunden, d. h. eine Behandlung, bei welcher energische Hg-Kuren mit schwächeren abwechseln, und bei der zwischen den einzelnen Kuren längere Pausen eingehalten werden. Im Gegensatze zu diesen 96, mit chronisch-intermittierenden Quecksilberkuren nicht behandelten tertiär-syphilitischen Fällen führt Verfasser 511 Patienten vor, die von Oktober 1892 bis Dezember 1897 zur Beobachtung gelangten, nach Fournier-Neisser behandelt worden waren, und von denen, soweit bekannt, bisher keiner an tertiärer Lues erkrankte. Verfasser kann nicht umhin, dieses Resultat zu Gunsten der intermittierenden Hg-Behandlung auszulegen.

Unter den 96 Fällen traten die tertiären Erscheinungen bei 35 im ersten, bei 10 im zweiten, bei 12 im dritten Dezennium nach der Infektion auf; in einem Falle sogar 36 Jahre post infectionem. Von den übrigen Patienten waren sichere Angaben nicht zu erhalten. Von den im ersten Decennium tertiär Erkrankten fielen die meisten, sieben an der Zahl, auffallenderweise schon in das erste Jahr nach der Infektion.

Verfasser hat bei seinen Betrachtungen und statistischen Angaben zu den tertiärsyphilitischen Fällen nur solche gezählt, bei denen typische gummöse Prozesse vorhanden waren. Fälle mit Tubercula cutanea, mit maligner, pustulöser, pustulös-ulceröser, papulös-ulceröser Lues, mit Tabes und progressiver Paralyse wurden bei der Zählung der tertiären Patienten nicht berücksichtigt.

VII. **Über das Verhalten der Jodpräparate, speziell des Jodkaliums und Jodipins im Organismus,** von Fritz Lesser-Breslau. Die Untersuchungen des Verfassers gipfeln in folgenden Schlufssätzen:

„Solange Jod im Harn ausgeschieden wird, zirkuliert es auch im Blute.

Das dem Körper einverleibte Jodkalium ist in allen Organen nur als Jodkalium enthalten. Eine Abspaltung von Jod bezw. Jodeiweifsverbindungen sind weder im Blute, noch in den entfernteren Organen nachweisbar. Es ist daher nicht das Jod allein das wirksame Agens, sondern das Jodsalz (Jodalkali) als Ganzes. Auf dieses mufs auch die Ursache des Jodismus bezogen werden. Andererseits müssen alle Jodpräparate (Jodeiweifs, Jodfett etc.), die im Organismus in Jodalkalien umgesetzt werden, auch die unangenehmen Nebenwirkungen der Jodalkalien (in einem Grade, wie er der in der Zeiteinheit zirkulierenden Jodalkalimenge entspricht) im Gefolge haben. Das Jodalkalium zirkuliert nicht nur im Plasma, sondern dringt auch in die Blutkörperchen ein. Die Verteilung auf Blutkörperchen und Plasma ist dabei eine relativ gleichmäfsige.

Nach der Einverleibung von Jodpräparaten nehmen bei weitem am meisten Jodalkali die Lungen auf. Alle anderen Organe enthalten, entsprechend ihrem Gewicht, ungefähr gleiche Mengen Jodalkali.

Nach Jodipingaben per os findet eine schnelle Absorption, aber auch eine verhältnismäfsig schnelle Ausscheidung des Jods statt.

Nach Jodipingaben per os sind im Blutplasma und den entfernteren Organen Jodalkalien und Jodfette nachweisbar. In die Blutkörperchen dringt nur Jodalkali ein. Die in den Organen befindlichen Jodfette werden sehr schnell (innerhalb 24 Stunden) in Jodalkalien umgewandelt. Nur in den Geweben, wo sich physiologisch Fette finden (Leber, Fettgewebe, Knochenmark etc.) widerstehen die Jodfette längere Zeit der Umwandlung in Jodalkali.

Das in Resorption gegangene Jodipin wird im Organismus vollkommen verarbeitet, d. h. in Jodalkali umgewandelt. Eine Ausscheidung von Jodfetten durch den Harn findet nicht statt.

Nach Injektionen von Jodipin sind im Blute und im Harn schon nach wenigen Stunden Jodalkalien nachweisbar. Die Zirkulation von Jod im Blute und entsprechend auch die Ausscheidung durch den Harn dauert noch viele Monate (eventuell länger als ein Jahr) nach dem Aufhören der Injektionen fort.

Nach Injektionen von Jodipin sind im Blute und den entfernteren Organen Jodfette nur in minimalen Spuren nachweisbar.

Die Ausscheidung des Jods im Harn findet sowohl nach Jodkalium-, wie nach Jodipinzufuhr nur in anorganischer Form (Jodalkali) statt.

Das Jodipin ist kein Ersatzmittel für Jodkalium, sondern ergänzt dasselbe, indem es in bequemer Weise eine chronische Jodzufuhr ohne unangenehme Nebenwirkungen ermöglicht.

1903. Band 54. Heft 2.

I. **Zur Theorie der Pathogenese des spitzen Kondyloms**, von Max Juliusberg-Frankfurt a. M. Die Frage nach der Pathogenese der spitzen Kondylome ist noch nicht geklärt. Nach Weigerts Anschauungen wird durch eine primäre Schädigung des Gewebes ein Wachstumshindernis für die in den Zellen schlummernde Wucherungsfähigkeit fortgeschafft, der Widerstand, welcher die potentielle Energie in Spannung erhielt, beseitigt und dadurch ermöglicht, dafs diese potentielle Energie nunmehr in kinetische übergehen kann.

Um die Richtigkeit dieser Theorie zu prüfen, hat Verfasser Serienschnitte von in Formol oder in Müllerscher oder in Flemmingscher Flüssigkeit gehärteten und in Paraffin und Celloidin eingebetteten spitzen Kondylomen angefertigt und sie nach verschiedenen Methoden, mit Hämatoxylin, nach van Gieson, Weigert u. s. w. gefärbt.

Untersucht man solche Serienschnitte, so bemerkt man an einzelnen Stellen der Papillen, besonders an der höchsten Stelle der nach oben strebenden Geschwulstzapfen die Epithelschicht verschiedengradig verändert. Man kann drei Stadien dieser Veränderungen unterscheiden: 1. Entweder die an der Spitze der Papille noch vorhandene dünne Epithelschicht besteht nur aus einer Lage in ihrer Form veränderter, kubisch aussehender, basaler Epithelzellen; 2. oder diese Zellen sind nicht mehr vorhanden, sondern kernlose, amorphe Massen liegen an der Stelle der verschwundenen Zellen; 3. oder endlich, es sind auch diese Reste nicht mehr nachzuweisen, und es besteht an ihrer Stelle ein vollkommener Epitheldefekt.

Die Hornschicht ist im allgemeinen auffallend gering entwickelt.

Die Bindegewebszellen in den Papillen sind aufserordentlich vermehrt, Blut- und Lymphgefäfse stark erweitert, und namentlich an der Zapfenspitze sind reichliche Leukocyten vorhanden. Wo das Epithel ganz fehlt, sieht man häufig den Defekt von einem förmlichen Leukocytenpfropf einnehmen.

Der Verfasser deutet die Befunde in der Weise, dafs irgend ein von der äufseren Oberfläche her einwirkendes, schädigendes Moment an ganz umschriebenen, sehr

kleinen Stellen die Epidermis entweder ganz oder bis auf minimale Reste zerstört und an diesen epithelentblöfsten Stellen der Wachstumswiderstand für das Bindegewebe aufgehoben wird, so dafs das letztere an einem etwa dem Umfange der Papille entsprechenden Raume weiter wuchern kann, bis eine neugebildete Epithelschicht das Hindernis von neuem herstellt.

Der minimale Epitheldefekt hat aber auch zur Folge, dafs das erhaltene Epithel der Nachbarschaft zur Wucherung angeregt wird.

Da sich nun bei einer Anzahl Papillen diese Wachstumsvorgänge abspielen und auf jeden neuen Gewebsdefekt immer eine neue Gewebswucherung folgt, so mufs schliefslich eine Geschwulst entstehen, die sich aus verlängerten Papillen zusammensetzt, in die das Bindegewebe hineinschiefst. Das Epithel wächst um die sich verlängernden Papillen herum, ist aber besonders an der Spitze stark verdünnt oder fehlt ganz.

II. **Über „Pseudoxanthoma elasticum" und „kolloide Degeneration in Narben"**, von Emma Dübendorfer - Bern. Ein siebenjähriger, an leichter Psoriasis leidender Knabe zeigte auf der linken oberen Glutäalgegend eine etwa handtellergrofse, rundliche Fläche mit gelblichen Streifen und Flecken, die namentlich bei anämischer Haut sich deutlich gegen die Umgebung abhoben. Sie waren nur sehr wenig erhaben und kaum merklich resistent. Subjektive Symptome bestanden nicht.

Die histologische Untersuchung ergab bei Färbung mit saurem Orcein und nach Weigert im Bereiche der krankhaft veränderten Haut bei schwacher Vergröfserung ziemlich scharf begrenzte, unregelmäfsige, oder rundliche oder eckige Herde, die sich unter starker Vergröfserung als aus elastischen Massen zusammengesetzt erwiesen. Zwischen diesen waren nur geringe Reste von kollagenem Gewebe vorhanden. An der Peripherie der Gewebe liefs sich beobachten, wie die Massen sich in gequollene, unregelmäfsig konturierte, aber schon deutlicher geschwungene, elastische Fasern fortsetzten. Auch aufserhalb der Herde waren die elastischen Fasern vielfach abnorm, wenig scharf konturiert, hier und da mit knopfförmigen Auflagerungen besetzt.

Die Diagnose auf „Pseudoxanthoma elasticum" wurde gestellt: 1. wegen der gelblichen Farbe der Efflorescenzen; 2. wegen der fast isolierten Veränderungen des elastischen Gewebes.

Von Xanthomzellen war nirgends etwas zu sehen.

Klinisch wie histologisch zeigt die beschriebene Affektion Ähnlichkeit mit der kolloiden Degeneration in miliarer Form (dem Kolloidmilium) und in Granulations- und Narbenprozessen, nur spielt sich bei der letzteren der Prozefs mehr an der Oberfläche, unmittelbar unterhalb des Epithels im Papillarkörper ab, während beim Pseudoxanthoma elasticum die Veränderungen zumeist in den tieferen Partien der Haut beginnen.

III. **Über Retention von Talgdrüsensekret mit Erhaltung des zelligen Charakters innerhalb der Hornschicht**, von Erich Hoffmann-Berlin. Ein 25jähriger Syphilitiker zeigte als Nebenbefund auf der Bauchhaut, unterhalb des Nabels eine linsengrofse, im Corium gelegene, wenig prominierende, flache, sich hart anfühlende Geschwulst, die durch einen dunkelbläulichen, schmalen Ring gegen die normale Haut abgegrenzt war. In der Mitte des Tumors befand sich eine feine Öffnung, aus welcher ein kleiner, schwärzlicher Pfropf hervorragte.

Mit Einwilligung des Patienten wurde die Geschwulst excidiert. Schon makroskopisch erwies sich dieselbe als eine Follikelcyste, die vollständig innerhalb des Coriums gelegen war und mit ihrer unteren Wand nirgends das subcutane Gewebe erreichte. Die mikroskopische Untersuchung der in Serienschnitte zerlegten Geschwulst ergibt Befunde, aus denen sich der Schlufs ziehen läfst, dafs durch das allmähliche

Wachstum der hauptsächlich von starken Haaren und Hornmassen erfüllten harten Cyste auf die in der Umgebung gelegenen Hautdrüsen und Follikel ein stetiger Druck und Zug ausgeübt wurde, durch welchen dieselben mancherlei Veränderungen erfuhren. So fällt unter den veränderten Talgdrüsen besonders eine auf, die wie eine in der Epidermis liegende, mit ziemlich gut erhaltenen Talgdrüsenzellen erfüllte Blase erscheint, deren Decke vom verhältnismäfsig starken Stratum corneum, deren Basis aber nur von einer dünnen Reteschicht gebildet wird. Der Inhalt besteht aus Talgdrüsenzellen, welche in den verschiedensten Stadien der Entwicklung begriffen sind. Es deutet alles darauf hin, dafs die Talgdrüse zwar normal funktioniert, dafs aber eine hochgradige Stauung ihres Sekrets besteht, bedingt durch die ziemlich starke Hyperkeratose im Bereiche und in der Umgebung der grofsen Follikelcyste.

IV. **Naevus giganteus capillitii im Vergleich mit einigen anderen Geschwulstbildungen der behaarten Kopfhaut**, von M. Möller-Stockholm. Der vom Verfasser beschriebene Tumor erinnert klinisch an Endotheliom oder Cylindrom oder Adenoma sebaceum, während er histologisch sich als ein Naevus herausgestellt hat, der einem 17jährigen, sonst gesunden Jünglinge excidiert worden ist. Der Tumor war bereits bei der Geburt des Patienten, und zwar auf dem Scheitel desselben, bemerkt worden und hatte langsam, aber stetig bis zur jetzigen Gröfse zugenommen. In seinem Umfange erinnerte er an eine „griechische Schildkröte“. Er war gegen die Unterlage verschieblich, fest dagegen mit der darüber befindlichen Haut verwachsen. Die Occipitaldrüsen waren leicht geschwollen.

Histologisch zeigte sich die Naevusstruktur des Tumors deutlich besonders an vier mehr oder weniger stark über die Norm entwickelten Gewebsbestandteilen: 1. dem Epithel resp. den epitheloiden Zellen; 2. den Lymphgefäfsen; 3. dem kollagenen Gewebe und 4. dem Pigment.

Die Befunde werden ausführlich beschrieben und mit analogen in der Literatur beschriebenen Bildungen des behaarten Kopfes verglichen.

V. **Über die Agglutination der Tuberkelbacillen bei Hauttuberkulose**, von Robert Herz-Prag. Der Verfasser hat die Arloing-Courmontsche Serumreaktion bei Tuberkulose der Lungen in 31 Fällen von Hauttuberkulose und einem Falle von hochgradigem Lichen scrophulosorum auf ihren Wert geprüft. Unter den 31 Fällen waren bei 15 (= 48,4 %) Erscheinungen skrophulöser und tuberkulöser Natur vorausgegangen; bei 7 (= 22,5 %) ergaben sich Anhaltspunkte für eine hereditäre Belastung mit Tuberkulose; bei 9 (= 29,3 %) fanden sich klinisch nachweisbare Komplikationen innerer Organe, und zwar der Lungen in ziemlich starkem Grade. Das Ergebnis der Untersuchungen war, dafs die Serumreaktion als diagnostisches Hilfsmittel bei der Hauttuberkulose ebenso wenig verwendbar ist, wie sie nach den Berichten der Mehrzahl der Autoren zur Feststellung einer Frühdiagnose der Tuberkulose innerer Organe geeignet scheint.

VI. **Bakteriologische Studien über den Gonococcus Neisser**, von Hans Wildbolz-Bern. Der Verfasser möchte mit den vorliegenden Mitteilungen manche noch vorhandenen Lücken in den Kenntnissen über die Biologie des Gonococcus Neisser ausfüllen. Im ersten Kapitel wird an der Hand der einschlägigen Literatur das Kulturverfahren, die Bereitung des als Gonokokkennährboden brauchbaren Pseudomucin-Agars (Pseudomucin, durch Alkoholfällung aus Ovarialcystenflüssigkeit in fester Form gewonnenes Pulver), das verschiedene Aussehen der Gonokokkenkulturen besprochen. Sowohl die Nährböden, wie die Temperatur üben nach den Beobachtungen des Verfassers einen Einflufs auf die Färbung der Gonokokkenkolonien aus.

Das zweite Kapitel behandelt die Gonokokken der chronischen Blennorrhoen und die verschiedenen Befunde der kulturellen und der mikroskopischen Untersuchung.

Es hat sich bei den Studien des Verfassers gezeigt, dafs man auch bei chronischen blennorrhoischen Erkrankungen im Kulturverfahren ein für die Diagnose zuverlässigeres Hilfsmittel besitzt, als in der mikroskopischen Untersuchung des suspekten Sekretes, wenngleich es gelegentlich vorkommt, dafs selbst bei gonokokkenreichem Material und den besten Nährböden die Aussaat fruchtlos bleiben kann.

Im dritten Kapitel erörtert Verfasser die Frage, weshalb die Gonokokken ihr Wachstum auf künstlichen Nährböden so schnell einstellen. Am naheliegendsten ist es, den Verbrauch der Nährstoffe dafür verantwortlich zu machen. Doch liegt es im Bereiche der Möglichkeit, dafs gewisse von den Gonokokken produzierte Stoffwechselprodukte in vivo das Wachstum der Kultur zum Stillstand bringen, bevor die Nährstoffe des Kulturmediums erschöpft sind. Darauf gerichtete Versuche haben ein positives Ergebnis gehabt, wenngleich die wachstumshemmende Wirkung dieser Stoffe nicht sehr intensiv zu sein scheint.

Die Untersuchung des Wachstums der Gonokokken auf serumfreien Nährböden hat ergeben, dafs der Gonococcus NEISSER auf gewöhnlichen Nährböden wachsen und mehrere Generationen hindurch weiter gezüchtet werden kann. Es entspricht dieses Ergebnis den Beobachtungen, die schon WERTHEIM gemacht hatte.

Was nun die Tierversuche, die Infektion mit Gonokokken, die Agglutinierung betrifft, so lehrt, gleich den WERTHEIMschen Versuchen, auch die Beobachtung des Verfassers, dafs der Tierkörper unter gewissen Bedingungen den Gonokokken als Nährboden dienen kann. Namentlich sind es Meerschweinchen, denen gegenüber die Gonokokken sich pathogen erweisen.

Die agglutinierende Wirkung des Serums blennorrhoekranker Menschen auf Gonokokken war nach den Untersuchungen des Verfassers an zwei Patienten, bei dem einen gar nicht, bei dem anderen nur für Gonokokken aus alten Stämmen nachweisbar, während Gonokokken junger Stämme nicht agglutiniert wurden. Normales Menschenserum erwies sich für alte wie für junge Gonokokkengenerationen als nicht agglutinierend.

VII. **Umschriebene Gangrän der Haut nach einer intramuskulären Injektion von Hydrargyrum salicylicum,** von H. G. KLOTZ-New York. Ein Syphilitiker mit manifesten, sekundären Erscheinungen hatte am 26. April eine Injektionskur begonnen. Die beiden ersten Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum waren von ziemlich intensiven, aber doch rasch vorübergehenden Schmerzen begleitet gewesen, während die beiden folgenden gut vertragen wurden. Die Erscheinungen waren innerhalb von vier Wochen verschwunden. Am 14. Juni bekam der Patient die fünfte Injektion in die linke untere Glutäalgegend. Unmittelbar darauf empfand er heftigen Schmerz im linken Bein, konnte aber noch nach Hause gehen. Daheim schwoll in den nächsten Tagen die linke Glutäalgegend an. Als am 22. Juni der Verfasser den Patienten wiedersah, zeigte der letztere innerhalb der befallenen, geröteten und geschwollenen Glutäalpartie zwei tiefblaurote, ziemlich scharf umschriebene, derbe Infiltrate von 2 cm Durchmesser. Auf denselben befanden sich einige oberflächliche Blasen. Unter warmen Bädern und Einreibungen von Jodolsalbe liefsen Schmerz und Schwellung nach, obwohl die Haut an den beiden infiltrierten Stellen nekrotisch geworden war. Die bis zu einer Tiefe von 5 mm nekrotischen Hautbezirke stiefsen sich ab, worauf rasche Heilung erfolgte.

VIII. **Elektropsychrophor für Rektum und Urethra,** von M. POPPER-Budapest. Das vom Verfasser konstruierte Instrument ist eine Kombintation des WINTERNITZschen Rektal Psychrophors mit dem schon früher beschriebenen und am 6. März 1896 demonstrierten Apparat zur Elektrisierung der Prostata. Es hat den Zweck, bei direkt oder indirekt durch Erkrankung der Prostata hervorgerufenen Folgeerscheinungen

durch Applikation des elektrischen Stromes einerseits und des kühlenden Wassers andererseits absorbierend und entzündungswidrig zu wirken. Ein zweites, nach demselben Prinzip konstruiertes Instrument ist der Urethral-Elektropsychrophor. Beide Instrumente fertigt die Firma Simon & Breuer in Budapest an.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band X. Heft 1. 1903.

I. **Eisenlicht. Experimentelle und klinische Untersuchungen,** von E. Kromayer-Halle a. S. Die von der Gesellschaft „Sanitas" konstruierte „Dermo-Lampe" erzeugt zwischen zwei mittels Wasserstromes kühlbaren Eisenelektroden durch einen Strom von nur fünf Ampère das Eisenlicht, das bei einer Bestrahlung der Haut während drei Minuten in einer Entfernung von etwa 3½ cm ein Erythem von wochenlanger Dauer hervorruft, während das Kohlenlicht der Original-Finsen-Behandlung zur Erzeugung eines solchen Erythems etwa 1½ bis 2 Stunden braucht.

Eine Prüfung der Wirkung des Eisenlichtes mit der des Kohlenlichtes hat ergeben, daſs das erstere wohl im stande ist, in die Tiefe des Gewebes einzudringen, daſs aber die Beleuchtungszeit von drei Minuten zu kurz ist, um einen genügenden Effekt auf das tiefliegende Gewebe hervorzubringen. Eine Verlängerung der Belichtung ist ohne schwere Inkonvenienzen für den Patienten nicht möglich.

Es kam also bei den Versuchen darauf an, die kurzwelligen, leicht absorbierbaren Strahlen des Eisenlichtes, welche an erster Stelle die chemische, oberflächliche Reizung des Gewebes hervorrufen, zu verringern oder zu vernichten, derart, daſs eine längere Belichtungsdauer und somit eine genügende Wirkung der penetrationsfähigen Strahlen auf das tiefer liegende Gewebe erreicht wird. Dies ist tatsächlich gelungen, indem man das Eisenlicht durch blaue Farblösungen (Methylenblau- oder Cuprum sulfuricum-Lösungen) durchgehen lieſs, wodurch die leicht absorbierbaren, erythemerzeugenden, ultravioletten Strahlen zurückgehalten wurden, während die penetrationsfähigsten Strahlen fast unbeeinfluſst passieren konnten. Damit ist eine längere Belichtungsdauer der Haut ermöglicht, ohne die beabsichtigte Wirkung des Lichtes auf die tieferen Gewebspartien erheblich abzuschwächen.

Verfasser glaubt, daſs die Behandlung mit blauem Eisenlicht die gröſste Aussicht auf Erfolg habe, nur gilt es noch, die richtige Art und Weise der praktischen Applikation zu finden, um gute therapeutische Resultate zu erzielen.

Die nach den Angaben des Verfassers modifizierte Dermo-Lampe führt jetzt die Bezeichnung „Tripletlampe", weil sie für Elektroden aus Eisen, Kohle und beiden zusammen brauchbar ist. Sie hat einen durch Wasserzirkulation kühlbaren Schutzschirm, der eine Öffnung zur Aufnahme der mit Farblösung gefüllten Quarzkammer trägt. Diese wird direkt der Haut appliziert. Die Zahl der mit der Tripletlampe behandelten Fälle ist noch zu klein, die bisherige Beobachtungszeit noch zu kurz, um ein bestimmtes Urteil über ihren therapeutischen Wert abzugeben.

II. **Die Hautempfindung nach Anwendung einiger neuer Medikamente in Salbenform,** von H. Brat-Berlin. Vorversuche haben ergeben, daſs nach drei Minuten langem Einreiben der Haut mit einer Salbengrundlage eine Änderung der Druckempfindlichkeit und der faradischen Empfindlichkeit der Haut bewirkt werden kann. So zeigt sich bei der Anwendung von Lanolin und Resorbin der Leitungswiderstand der Haut vermindert, während dies bei Anwendung von Vaselin nicht der Fall ist.

Weiter hat die Prüfung der Hautempfindungen nach Anwendung medikamentöser Salben ergeben, daſs durch Bromokollsalbe und ebenso durch Orthoformsalbe die

Druck- und faradische Empfindlichkeit vermindert wird, während Kokain-, Anästhesin-, Tannokol- und Bromkaliumsalbe keine nennenswerten Veränderungen der Sensibilitätsgrenzen aufwiesen.

Was das Bromokoll insbesondere betrifft, so hat das Experiment die klinischen Beobachtungen zahlreicher Autoren bestätigt. Die Herabsetzung der Empfindungsgrenzen in der Haut, die Beeinflussung der nervösen Endorgane steht in gleicher Linie mit der Herabsetzung der Erregbarkeit der motorischen Zentren im Gehirn. Das Brom ist hauptsächlich der wirksame Stoff bei der Anwendung des Bromokoll in der Dermatologie als Anästhetikum. Die nervösen Endorgane sind der Ort, an welchen durch einen Träger im Bromokoll die wirksame Substanz geschafft wird.

III. **Weitere Versuche mit Atoxyl,** von W. Schild-Berlin. In einer früheren Arbeit (vergl. Referat in *dieser Zeitschrift,* Bd. 34, S. 628) hatte Verfasser über die Zusammensetzung, Wirkung und therapeutische Anwendung bei 75 Patienten Mitteilungen gemacht.

In der vorliegenden Arbeit wird über weitere 50 Fälle berichtet, welche in der Weise behandelt wurden, dafs sie von Anfang bis zu Ende der Kur nur zweimal wöchentlich eine volle Pravazspritze einer 20 %igen Atoxyllösung erhielten. Dies ist vollauf genügend, um den Körper dauernd unter hoher Arsenwirkung zu halten. Herzkranke vertragen das Mittel nicht gut, bekommen dyspnoische Zustände, weshalb bei ihnen besser diese Medikation zu meiden wäre.

Unter den 50 Fällen waren fast die Hälfte Psoriatiker, die nebenher auch mit den üblichen äufserlichen Mitteln behandelt wurden. Zweifellos wird die externe Behandlung bei der Psoriasis durch die Applikation des Atoxyls unterstützt und der Erfolg beschleunigt.

Alle übrigen 25 Fälle wurden nur mit Atoxyl behandelt. Unter ihnen sind besonders die 15 Fälle von Lichen ruber planus erwähnenswert. Alle heilten mit einer Durchschnittszahl von 23 Injektionen glatt ab. Eine einfachere, bequemere und wirksamere Behandlung des Lichen ruber als die Atoxylinjektionen gibt es nicht, weshalb sie Verfasser auf das angelegentlichste empfiehlt.

IV. **Vegetarische Diät gegen chronische Furunkulose,** von Guensburg-Charkow. Der Verfasser teilt die Krankengeschichte eines 60jährigen Mannes mit, der seit 1882 viel an Hautabscessen und starkem Hautjucken zu leiden hatte. Das letztere wurde im Jahre 1899 durch eine Teerkur beseitigt, während die Neigung zur Furunkelbildung bestehen blieb. Erst 1901 trat unter Schwefelbädern und einer streng durchgeführten vegetarischen Diät eine wesentliche Besserung ein, die nach einem kurzen, schwachen Rezidiv zur völligen Heilung fortgeschritten ist.

Der Urin des Patienten war zur Zeit der Hauterscheinungen frei von Zucker und Eiweifs, wies dagegen einen Überschufs von Harnsäure auf. *C. Berliner-Aachen.*

Monatsberichte für Urologie.

Band VIII, Heft 1.

Ein Fall von doppelseitiger Steinniere, zugleich ein Beitrag zur Lehre der funktionellen Nierendiagnostik, von O. Rumpel.

Bemerkungen zur Technik der Bottinischen Operation, von H. Lohnstein. Die von Jacoby angegebene Vorrichtung, eine Kontrollscheibe, welche genau die Lage des Incisors angeben soll, hat nach Verfasser mancherlei Nachteile, die er hier aufführt. Daraus, dafs ein Cystoskop bei einer bestimmten Winkelstellung einen vergröfserten Prostatalappen in der scheinbar geeignetsten Position für die Operation zeigt, folgt noch nicht, dafs der später eingeführte, in dieselbe Winkelstellung ge-

brachte Incisor den Lappen in der beabsichtigten Ebene trifft. Die Stärke des Instruments, die Kongestionsverhältnisse etc. sind für die Lage der Instrumente nach Einführung und Dehnung zu den Geneten von Bedeutung. Die optischen Verhältnisse des Cystoskops, die notwendige Entfernung von den Prostatalappen, wenn man etwas übersehen will, sind aufserdem noch eine Quelle von Täuschungen. — Verfasser geht dann noch auf die Frage ein, ob ein Anhaken der Prostata mit dem Incisor nötig ist. Er bejaht es. Um die Nachteile desselben aber zu beseitigen, gibt er einen Incisor an, an dem nach Belieben ein kürzeres oder längeres Schnabelende angeschraubt werden kann. Letzteres wird bei weichen und niederen Mittellappen und da, wo man fürchtet, in die Harnröhre zu gleiten, gebraucht. Die Schwierigkeiten, die sich aus dem längeren Schnabel für die Drehbarkeit des Instruments ergeben, sind nicht bedeutend. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten.

Herausgegeben von Prof. Selenew.

1902. No. 9—12.

No. 9. I, 1. **Über echte und Narbenkeloide,** von M. Tschlenow. (Schlufs.) Verfasser will die Keloide vorerst der Gruppe der fibromatösen Neubildungen angliedern. Die hypertrophischen Narbenzüge schliefst er aus. Nur die sogenannten primären (echten) und die sekundären (Narben-) Keloide rechnet er dazu. Eine prinzipielle Trennung der beiden Formen nach klinischen und histologischen Gesichtspunkten hält er aber für unberechtigt. Das wesentliche in der Keloidbildung ist die vom Schwund des Elastins begleitete Wucherung des fibrösen Gerüstes entlang den Blutgefäfsen, die von der Cutis ausgeht. Als das einzige ätiologische Moment wäre zurzeit nur eine gewisse persönliche, familiäre oder auch Rassendisposition zur Keloidbildung an gewissen Stellen infolge von mitunter minimalen Reizen anzuführen. Bei der Pathogenese dieser Geschwülste spielt das Blutgefäfssystem eine hervorragende Rolle. Von der gewöhnlichen Narbe, von der Bindegewebshyperplasie und vom gewöhnlichen Fibrom bezw. vom infektiösen Granulom bietet das Keloid wesentliche Unterschiede. Mitunter bleibt das Wachstum der Geschwülste aus unbekannten Gründen von selbst stehen. Der ärztliche Eingriff dagegen ist zumeist von keinem nennenswerten Erfolg. Jedenfalls erfordert die Behandlung eine aufsergewöhnliche Ausdauer.

II., 1. **Die Syphilis visceralis und ihre Manifestationen vom chirurgischen Standpunkte aus betrachtet,** von N. Trinkler. (Schlufs.) Aus den kasuistischen Beiträgen, die der Verfasser bringt, ist zu entnehmen, dafs die Eingeweidesyphilis acquiriert wie hereditär sein kann. Nicht allein parenchymatöse Organe, sondern auch der ganze gastro-intestinale Tractus kann ihr Sitz sein. Bei den ersteren kann speziell bei der Leber der operative Eingriff nur im beschränkten Mafse für abgeschnürte Leberlappen bezw. grofse gummöse Tumoren in Frage kommen, wobei die Probelaparotomie aus differentialdiagnostischen Gründen kaum zu umgehen sein wird. Die syphilitischen Veränderungen des Darmes dagegen, die als Stenosen auftreten, müssen jedenfalls operativ behandelt werden. — Die hauptsächlichen ulcerösen Formen der Darmsyphilis erfordern ein genaueres Studium. Einige Beobachtungen (Bobrow) ermutigen zu operativen Eingriffen bei solchen. Der Arbeit ist eine Übersichtstabelle der schon ausgeführten einschlägigen Operation angeschlossen.

III. **Zur Kasuistik der Hodenabscesse bei Blennorrhoe,** von Sowinsky. Diese seltene Komplikation der Blennorrhoe, Übergang in die Vereiterung der Hodensubstanz, ergab bei der bakteriologischen Untersuchung Anwesenheit von besonderen Bacillen in der Art des Bacillus pyocyaneus im Abscefs. Verfasser hält die Absce-

dierung für primär-blennorrhoisch und schiebt den Bacillenbefund einer Mischinfektion zu, die die Gonokokken zum Schwinden gebracht hat.

No. 10. I., 1. **Zur Lehre von der Fibromatose,** von E. GLAWTSCHE. Der Kranke, mäfsiger Potator, zeigt typische Keloide hypertrophischer Art an den Verbrennungsnarben verschiedener Körperteile. Auch die Corpora cavernosa penis zeigen plastische Indurationen. In der recenten Vergangenheit syphilitische Infektion. Auf Jodkalium wesentliche Besserung. Verfasser nimmt hier eine besondere Infektion der Gewebe mit Ausgang in Fibromatose an.

Experimentelle Tatsachen über die Tuberculosis verrucosa cutis, von J. BARANNIKOW. Verfasser stellt die Theorie auf, dafs die Tuberculosis verrucosa cutis und ihr Detritus verschiedenste Entwicklungsformen des Smegmabacillus, der mit der Tuberkulose nichts zu tun habe, enthalte, und dafs säurefeste in die nichtsäurefesten ganz allmählich übergehen. Die experimentell erzeugten Allgemeinerkrankungen bei mit solchen Kulturen geimpften Versuchstieren „seien nicht tuberkulös", sondern „smegmatomykös". — Im Anschlufs daran polemisiert er gegen die vermeintliche Rolle des Tuberkelbacillus. Die „Experimente" sind viel zu unvollständig und viel zu wenig beweisend, um Anspruch auf Beachtung zu erheben.

V., 1. **Zur Lehre vom Syphilisbacillus,** von M. JOSEPH. Eine bekannte Mitteilung, die der Verfasser in der Sitzung vom 5. März 1902 der Berliner medizinischen Gesellschaft gebracht hat.

2. **Myocarditis interstitialis congenita auf syphilitischer Basis,** von W. SCHUKOWSKY. Diese maligne syphilitische Herzerkrankung wurde durch Autopsie und Mikroskop bei einem Neugeborenen sicher nachgewiesen. Die Eltern, speziell die Mutter, boten aber keine syphilitischen Erscheinungen. Die paterne Übertragung ist hier anzunehmen.

III. **Über die Verbreitung der venerischen Krankheiten bei den Truppen in Südrufsland,** von A. MICHNOWSKY. (Fortsetzung.)

No. 11. I., 1. **Über die Bekämpfung der Krätze und der ansteckenden Hautkrankheiten überhaupt im Gouvernement Rjasan,** von W. SOROKIN. Es gibt Kreise im Gouvernement, wo die parasitären Hautkrankheiten bis 20 % der gesamten Morbidität der Bevölkerung — und die Krätze allein bis 10 % — erreichen!

2. **Ein Fall von Sarcoma cutis idiopathicum multiplex haemorrhagicum,** von A. LURJÉ. (Mit einer Abbildung.) Ein kasuistischer Beitrag. Befallen waren die Unterschenkel, die Füfse und die linke Hand. Die Knoten zum Teil schon zerfallen. Die mikroskopische Diagnose bestätigte das typische klinische Bild.

II. **Über die Beziehungen der Syphilis zur Pneumonie,** von E. WESCHTOMOW. Auf Grund einer einzigen Beobachtung und einiger in der Literatur aufgezeichneten Fälle mifst der Verfasser der Pneumonie eine sehr ernste Bedeutung bei Syphilitikern in der Periode der manifesten Erscheinungen bei. Eine gewisse Wechselwirkung der beiden Prozesse aufeinander sei unverkennbar. Während die luetischen Erscheinungen bei pneumonischen Prozefs um so rascher sich zurückbilden, steigert die Lues angeblich einzelne pneumonische Symptome, wie das Fieber zum Beispiel.

III. 1. **Ein Condyloma acuminatum von ungewöhnlicher Gröfse und seltener Lokalisation,** von J. LURJÉ. (Schlufs folgt.)

No. 12. I., 1. **Ein Fall von Lepra maculo-anaesthetica,** von S. BARATZ-WEINZWEIG. (Mit Abbildgn.) Eine mit ausgezeichneten Abbildungen ausgestattete Krankengeschichte. Der Vater und die Schwester der Patientin waren möglicherweise auch leprös. Gegen die Möglichkeit einer Kontagion kann der Verfasser aber auch keine triftigen Gründe anführen.

II. 1. **Über die Untersuchungen des Blutes der Syphilitiker auf Bakterien,** von Z. Sowinsky. Im bakteriologischen Laboralorium von Prof. T. Pawlow wurden 29 Blutuntersuchungen bei Syphilitischen in allen Stadien der Krankheit vorgenommen. Das Blut wurde unter aseptischen Kautelen mittels sterilisierter Spritzen aus der Medianvene aspiriert. Dies Blut wurde sofort auf verschiedene Nährböden (Ascitesagar, Serumagar, Kalbsbouillon, Peptonbouillon mit und ohne Ascitesflüssigkeit) gebracht bezw. in Kollodiumsäckchen (nach Nocard) in die Bauchhöhle der Kaninchen und Meerschweinchen eingenäht. In allen Fällen waren die Resultate negativ. Die Medien blieben steril.

III. 1. **Ein Condyloma acuminatum von ungewöhnlicher Gröſse und seltener Lokalisation,** von J. Lurjé. (Schluſs.) Das enorm groſse Papillom (von Kindskopfgröſse) hat sich auf der Haut der Leistengegend bei einem fettleibigen, unsauberen, 50jährigen Mann entwickelt, der nie Blennorrhoe und höchstens nur Balanitis hatte. Der Verfasser bestreitet den Zusammenhang mit dem blennorrhoischen Virus.

Sack-Heidelberg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1903. Heft 1.

1. **Experimentelle Untersuchungen über die Tuberkulose des Urogenitalapparates, besonders über die Tuberkulose der Niere,** von P. N. Hansen-Kopenhagen. Nach einer kurzen Übersicht über die Ergebnisse der Tierversuche, die von anderen Forschern zur Erzeugung von Nierentuberkulose vorgenommen worden sind, teilt der Verfasser die Resultate seiner, ausschlieſslich an Kaninchen angestellten Experimente mit. In der ersten Versuchsreihe sollte eine hämatogene Nierentuberkulose hervorgerufen werden. Zu diesem Zwecke erhielten zehn Tiere subcutane Injektionen von Tuberkelbacillen, gleichzeitig wurde die linke Niere von auſsen her durch einen Einstich verletzt. Nur bei einem dieser zehn Tiere entstand eine einseitige, hämatogene Nierentuberkulose; doch ist auch das Resultat in diesem Falle aus versuchstechnischen Gründen nicht ganz einwandsfrei. Weiterhin wurde bei fünf Tieren nach einer subcutanen Injektion von Bacillen der linke Ureter zeitweise unterbunden: bei einem dieser fünf Kaninchen und ebenso bei vier von zehn anderen Tieren, bei denen die Bacilleninjektion in die Trachea gemacht und ebenfalls der linke Ureter unterbunden worden war, entstand einseitige, hämatogene, chronische, tuberkulöse Pyelonephritis und zudem descendierende Tuberkulose dern Harnwege, indem auch Nierenbecken und Ureter erkrankten. — In der zweiten Versuchsreihe, in der von einer Nierentuberkulose aus eine Infektion der übrigen Harnorgane und der Genitalien erzeugt werden sollte, wurden 16 Tieren Tuberkelbacillen in das Nierenparenchym injiziert, zwei weiteren Tieren wurde gleichzeitig mit einer solchen Injektion der Ureter der betreffenden Niere unterbunden. Bei all diesen Tieren entstand eine Nierentuberkulose, der Urin enthielt schon bald nach dem Eingriff Tuberkelbacillen. Trotzdem entstand nur in vier Fällen Tuberkulose des Ureters, nur in zwei Fällen Tuberkulose der Blase. Die durch die temporäre Unterbindung des Ureters erzeugte Retention hatte keinen groſsen Einfluſs auf das Zustandekommen der Tuberkulose. Häufiger als die Harnorgane erkrankten die Genitalien der männlichen Kaninchen: bei neun von zwölf Tieren fanden sich tuberkulöse Veränderungen meistens des Uterus masculinus, seltener der Prostata, nur zweimal der Hoden und zweimal der Samenbläschen. Die Infektion dieser Organe erfolgte zweifellos auf direktem Wege durch den bacillenhaltigen Urin. — In der dritten Versuchsreihe, in der durch eine Infektion vom Ureter aus Blasentuberkulose erzeugt werden sollte, erhielten zu-

nächst fünf Tiere subcutane Bacilleninjektionen, während gleichzeitig die Blasenschleimhaut mittels eines Katheters gequescht wurde: der Erfolg war bei allen Tieren ein negativer. Weiterhin wurden vier Tieren Bacillen in den linken Ureter injiziert und dieser dann unterhalb der Injektionsstelle ligiert. Die vier Tiere gingen sehr rasch zu Grunde, bei allen fanden sich tuberkulöse Veränderungen an der Schleimhaut des Nierenbeckens, nur bei einem Tuberkulose des Nierenparenchyms, in keinem Falle aber Tuberkulose der Blase oder der Genitalien. Sechs Tiere erhielten Bacilleninjektionen in die Blase, die vorher mit einem Katheter gequetscht oder mit einer Sonde verletzt worden war, dann wurde die Harnröhre für 24 Stunden unterbunden: zwei dieser sechs Tiere verendeten nach wenigen Tagen, ohne daſs sich tuberkulöse Veränderungen in der Blase fanden, bei den übrigen vier Tieren entstand eine allerdings nicht sehr hochgradige Blasentuberkulose, sowie Tuberkulose des Uterus masculinus und der Prostata. Endlich wurden noch vier Tieren Tuberkelbacillen in ein Vas deferens injiziert: bei all diesen Tieren entstand Tuberkulose des Hodens und Nebenhodens, des Vas deferens und des Uterus masculinus, in einem Falle auſserdem noch Tuberkulose der Prostata; Blase, Ureteren und Nieren blieben dagegen bei allen vier Tieren intakt.

2. **Über den Wert der linearen Elektrolyse bei der Behandlung der Harnröhrenstrikturen**, von Moran-Brest. Nach den Erfahrungen des Verfassers, die sich bis jetzt auf 19 zum Teil sehr schwere Fälle erstrecken, ist die lineäre Elektrolyse zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen sehr zu empfehlen. Das Verfahren ist sehr einfach, verursacht fast gar keine Schmerzen und bedingt keine Bettruhe. Der augenblickliche Erfolg ist, wie die am Schlusse der Arbeit einzeln mitgeteilten 19 Krankengeschichten beweisen, stets ein sehr guter, die Gefahr der Komplikationen, auf die von anderen Autoren eindringlich hingewiesen wird, läſst sich bei entsprechender Vorsicht mit Sicherheit vermeiden; M. selbst hat nie einen unangenehmen Zwischenfall erlebt. Freilich darf man sich von der Elektrolyse ebensowenig wie von der Urethrotomia interna oder von irgend einem anderen Verfahren eine radikale und dauernde Heilung der Harnröhrenstrikturen versprechen: ein Rezidiv bleibt stets zu befürchten, wenn nicht in gewissen Zwischenräumen immer wieder eine methodische Dilatationskur vorgenommen wird. Sehr harte, sehr enge und sehr ausgedehnte Verengerungen, also insbesondere die Strikturen traumatischen Ursprungs eignen sich nicht für die elektrolytische Behandlung. Bei der Einführung des Instruments muſs jede Gewaltanwendung strenge vermieden werden; daher muſs man bei Strikturen, die nur für fadenförmige Bougies durchgängig sind, zunächst versuchen, durch Einlegung eines Verweilkatheters eine Erweiterung herbeizuführen. Erst wenn die Striktur für Charrière No. 10 passierbar ist, darf die Operation vorgenommen werden, gelingt dagegen die Erweiterung durch den Verweilkatheter nicht, so ist die Elektrolyse nicht anwendbar. Vor der Operation wird die Harnröhre wie vor einer Urethrotomia interna gereinigt und kokainisiert. Niemals dürfen Ströme von mehr als 10 Milliampères verwendet werden, der Strom soll, um einen möglichst ausgiebigen Effekt zu erzielen, auf die vordere wie auf die hintere Wand der Urethra einwirken, darf aber nicht länger als höchstens drei Minuten hindurch appliziert werden. *Götz-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band III. No. 2 u. 3.

Über Pruritus vulvae und dessen Behandlung, von R. Labusquière. Unter den Ursachen des Pruritus sind allgemeine Veränderungen (Diabetes, Gicht, Albuminurie, Schwangerschaft, Puerperium, Menopause) und lokale Störungen (Vaginitis,

Metritis, Polyp der Urethra, Kraurosis) zu unterscheiden. Von inneren Mitteln hat L. in einem Falle von attackenweise eintretendem Juckreiz in der Schwangerschaft die besten Resultate erhalten bei Darreichung von ℞ Chinin. valerianic. 0,2, Antipyrin 0,5, Natr. bicarb. 0,25, S. In Kapseln dreimal täglich zu nehmen. Die erste Dosis soll fünf Stunden vor dem zu erwartenden Anfall genommen werden. Als lokale Applikation empfiehlt er die TARNIERsche Formel: ℞ Hydrarg. bichlorat. 2,0, Alcohol. 10,0, Aq. rosar. 40,0, Aq. dest. 450,0. S. Morgens und abends nach Reinigung mittels Ausspülung mit einem Schwämmchen aufzutragen. Aufser diesem zählt Verfasser noch etliche andere Mittel auf.

Zum Eröffnungsvortrag von Dr. HALLOPEAU (Überblick über die Fortschritte in der Dermatologie während des XIX. Jahrhunderts) (1.) und zur Anfangsvorlesung vom klinischen Kurs über Hautkrankheiten und Syphilis von Prof. GAUCHER (2.), von L. BUTTE. Beiden Vortragenden macht B. den Vorwurf, dafs sie bei der Aufzählung der verdienstvollen französischen Dermatologen des 19. Jahrhunderts den Namen QUINQUAUDS mit Stillschweigen übergangen haben und schildert kurz dessen erfolgreiche Tätigkeit.

Die Frage von den Quecksilberinjektionen, von E. DESESQUELLE. In Bezug auf die Wege, auf welchen das Hg einverleibt werden kann, führt D. aus, dafs die intravenöse Methode zwar sehr prompt wirkt, aber keineswegs ganz ungefährlich ist. Im allgemeinen werde man das subcutane oder das intramuskuläre Verfahren vorziehen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1902. Heft 12.

Ein weiterer Beitrag zur genauen Bemessung in der Radiotherapie, von A. BÉCLÈRE. B. beschreibt einen sinnreichen, von HOLZKNECHT in Wien angegebenen Apparat, um die Stärke der Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut genau abzumessen. Das Prinzip dieses Apparates beruht darauf, dafs die X-Strahlen einzelnen Salzen, so dem Kochsalz, dem Bromkalium u. s. w., bei längerer Einwirkung eine andere Färbung verleihen, er wird deshalb Chromoradiometer genannt. Wegen weiterer Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

Beitrag zur Alopecia dentalis, von HENRI RODIER. R. berichtet über zwei Fälle von Sykosis, in deren einem ein ganz offenbarer Zusammenhang zwischen der Sykosis und einer Zahnerkrankung bestand. Beide Krankheiten traten gleichzeitig oder kurz nacheinander auf, und die Sykosis schwand jedesmal nach Beseitigung des Zahnübels ohne besondere Behandlung. — In dem zweiten Fall war ein solcher Zusammenhang nicht erweislich.

Erfolgreiche Behandlung einer chronischen Onychose mit dem Thermokauter, von H. MALHERBE-Nantes. Eine Krankenpflegerin hatte seit mehreren Monaten am Daumen der linken Hand eine Onychose. Da sie mehrfach Herpes tonsurans unter Händen gehabt hatte, so dachte man an eine Übertragung, doch fielen die Untersuchungen nach dieser Richtung verneinend aus. Nachdem die verschiedensten Behandlungsarten erfolglos geblieben waren, griff Verfasser, einer Anregung FOURNIERS folgend, zum Thermokauter und machte mit einer rotglühenden Nadel längs dem Nagelrande kleine Einstiche in das Nagelbett. Nach einmaliger Wiederholung dieser kleinen Operation war die Krankheit, ein Ekzema siccum des Nagels, beseitigt.

Türkheim-Hamburg.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1902. Heft 6.

Beitrag zum Studium des Erythema exsudativum multiforme, von R. Panichi. Verfasser beginnt mit einer ausführlichen Übersicht der einschlägigen Literatur. Hierauf folgen eine Reihe detaillierter Krankengeschichten mit Angabe der Resultate der Blut- und Urinuntersuchungen, des mikroskopischen Befundes, der Inokulationen auf Tiere, der bakteriologischen Ergebnisse. Wird fortgesetzt.

Beitrag zum Studium des Angiokeratoms, von M. Truffi. Verfasser beschreibt einen Fall von Angiokeratom, welcher einen 24jährigen, robusten Arzt betrifft. Klinisch stimmt die Affektion genau mit dem typischen Angiokeratom überein; worin er sich von demselben unterscheidet, ist die Art und Weise, wie sich die Efflorescenzen entwickelt haben. Während sich nämlich die warzenartigen Gebilde ganz langsam aus kleinen, angiektatischen Flecken herausbilden, war der Verlauf in dem vorliegenden Falle ein ganz akuter. Aufserdem waren dieselben, im Beginne, recht schmerzhaft auf Druck, was Mibelli nur ein einziges Mal beobachtet hatte. In histologischer Beziehung sind die Differenzen zwischen dem Falle von Truffi und den anderen bisher beschriebenen von ganz untergeordneter Bedeutung. Der Patient hatte früher an Frostbeulen gelitten, welche aber seit mehr als acht Jahren nicht mehr aufgetreten waren. Dagegen hatte sich bei dem Manne ein Vitium cordis mit Anfällen von Angina pectoris ausgebildet, und glaubt Verfasser, dafs in dem vorliegenden Falle die allgemeinen Zirkulationsstörungen (Arteriosklerose) bei der Ätiologie der Dermatose eine Rolle gespielt haben, obwohl sie nicht als ihre wirkliche und einzige Ursache betrachtet werden können.

Zum Schlusse erwähnt Verfasser noch zwei Fälle von Angiokeratom, bei denen im Gegensatze zu dem, was in den allermeisten Fällen beobachtet wird, auch die Daumen befallen waren.

Therapeutisch empfiehlt er die Anwendung der Galvanokaustik, die er der Elektrolyse vorzieht.

Über die Fibrillation des Protoplasma in den Zellen der Epidermis und der Tumoren ektodermalen Ursprungs, von Migliorini. Verfasser hat sich mit der zuerst von Ranvier und später von Unna-Kromayer, Rabl, Herxheimer etc. beschriebenen Erscheinung der Fibrillen- oder Filamentenbildung im Protoplasma weiter beschäftigt und sich dabei folgende Fragen zur Beantwortung gestellt: Gibt es im Deckepithel oder dessen Derivaten Elemente mit netz- oder schwammartigem Protoplasma, bei denen das Bild der Fibrillation auch bei Anwendung der passenden Färbemethoden nicht zu erhalten ist? Liefert die Färbung der Fibrillation mittels besonderer Substanzen den Beweis für das Vorhandensein eines differenzierten Elementes? Lassen sich die Fibrillen in der Keimschicht färben? Bleiben sie im Stratum granulosum und in den darüber liegenden Schichten erhalten? Die Arbeit wird in der nächsten Nummer fortgesetzt.

Bakteriologische Untersuchungen bei der sekundären Syphilis, von Pini. Verfasser erklärt auf Grund seiner Untersuchungen von Geweben und Plasma von Syphilitikern, dafs der von De Lisle und Jullien bei sekundären Syphilitikern nachgewiesene und als spezifisch aufgefafste Bacillus keineswegs als solcher zu betrachten ist. Verfasser hat auch Inokulationsversuche auf den Menschen in einem Falle gemacht, aber mit negativem Resultate. Der Bacillus, den Verfasser aus dem Plasma gezüchtet hat, war nicht immer identisch; häufig fielen die Kulturversuche überhaupt negativ aus.

C. Müller-Genf.

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1902. Heft III.

Wirkung einiger pyogener Agentien auf die Lymphdrüsen aufserhalb des Bereiches der Innervation, von MONTESANO. Verfasser entfernte bei einem Hunde ein etwa 3 cm langes Stück vom Nervus cruralis der linken hinteren Extremität. Nach Vernarbung der Wunde wurde sodann dem Tiere in beide hinteren Extremitäten $^{1}/_{2}$ ccm einer Staphylococcuskultur (aureus) injiziert. Auf der Seite des resezierten Cruralis erfolgte eine enorme Hyperplasie der Lymphdrüsen, während die Ganglien der anderen Seite nur wenig hypertrophiert oder überhaupt nicht verändert waren.

Verhaltungsweise einiger pathogener Produkte und Körpersäfte von Hautkranken bei der vorherrschend peptischen experimentellen Verdauung, von LANZI. Verfasser hat künstlichen Magensaft mit Kulturen von Staphylococcus aureus versetzt und eine bedeutende Verlangsamung in der Verdauung konstatiert. Zu dem gleichen Resultate gelangte er, indem er statt Pilzkulturen Blut oder andere Gewebe von einem Syphilitiker und einem Pelagrösen verwendete.

Fall von Acariosis sarcoptica circumscripta, von LANZI. Verfasser beobachtete an den Fingern eines einjährigen Mädchens eine warzenartige Eruption mit papelartigen verrukösen Elementen. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich eine grofse Menge Krätzmilben mit Eiern und Fäkalien. Eine Ansteckung der Mutter und der Brüder der Patientin hatte nicht stattgefunden.

Der Kampf gegen die Tuberkulose als soziale Krankheit, von CAMPANA. Eine Reihe von Ratschlägen bei der Einrichtung von Sanatorien, in denen die Therapie eine diätetische, pneumatische, hydropathische, mechanische, physische (Phototherapie), chirurgische, hypodermische, chemische (besonders Tuberkulin, deren Indikationen jedoch ganz beschränkte sind) sein soll. *C. Müller-Genf.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Akute Exantheme.

Die Vaccinationsverhältnisse bei den an Variola erkrankten Personen. (*Brit. med. Journ.* 5. Juli 1902.) Es wird in dem vorliegenden Artikel verlangt, dafs in allen Pockenfällen, wo dies irgend möglich ist, genau registriert wird, ob die Patienten überhaupt jemals geimpft, wann und mit welchem Erfolge sie geimpft und revacciniert worden sind. Auch danach solle geforscht und darüber berichtet werden, ob die erste Impfung unmittelbar nach der Infektion an den Pocken stattgefunden hat, wie grofs die Zahl der Pockennarben und die Beschaffenheit derselben gewesen ist. *C. Berliner-Aachen.*

Über die von Lehrern und Lehrerinnen im Jahre 1901 bewirkten Impfungen und Wiederimpfungen, ein dem Minister des Inneren im Namen der permanenten Vaccinekommission überreichter Bericht von HERVIEUX. (*Bull. de l'Acad.* p. 458. Sitzung vom 8. April 1902.) Dieser Bericht rühmt die Tätigkeit von einer gröfseren Reihe von Lehrern und Lehrerinnen, welchen es gelungen ist, durch Vorträge und sonstige geeignete Agitation viele Hunderte von Eltern dahin zu bringen, dafs sie ihre Kinder impfen resp. wieder impfen liessen. In einigen Fällen, wo ärztliche Hilfe nicht zu beschaffen war, haben Lehrer selbst die Impfung vorgenommen,

was Redner durch die Not gerechtfertigt fand. — Wenn man auch den Franzosen dazu Glück wünschen kann, dafs sie so viele verständige Lehrer besitzen, so ist doch in Bezug auf die Unterdrückung der Seuche das deutsche System vorzuziehen. Allenfalls dürfte es sich zur Erleichterung der Durchführung desselben empfehlen, für weitere Aufklärung unter den Volksschullehrern in dieser Beziehung zu sorgen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zusammenstellung der Impfgesetze in den bedeutenderen Staaten und Kolonien der Welt, von W. ARNOLD THOMSON. (*Brit. med. Journ.* 27. Sept. 1902.)

In kurzen Auszügen werden die legislatorischen Erlasse betreffend die Schutzpockenimpfung und ihre Wirkung auf die Pockenepidemien rekapituliert.

C. Berliner-Aachen.

Latente Vaccinia, von J. W. WASHBOURN-London. (*Lancet.* 8. März 1902.) Ein 2½jähriges Mädchen, das an Scharlach erkrankte, zeigte im Verlauf der ersten Krankheitswoche am linken Arme eine Entwicklung von vier kleinen Bläschen, welche in jeder Hinsicht die gröfste Ähnlichkeit mit Impfpusteln darboten. Das Kind war mit sechs Monaten an vier Stellen geimpft worden, doch war nur an einer einzigen eine Wirkung und zwar eine sehr geringe erfolgt. Verfasser nimmt an, dafs die Vaccine bis zum Ausbruch des Scharlachfiebers latent geblieben war.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einige Vaccine-Ausschläge, von H. W. STELWAGON-Philadelphia. (*Journ. Amer. med. Ass.* 22. Nov. 1902.) Es werden hier besprochen namentlich Urticaria, Erythema multiforme, pemphigoide Dermatosen und Impetigo contagiosa. Letztere mag wohl öfters tatsächlich bestanden haben in manchen Fällen, welche als allgemeine Vaccine gegolten haben. Erythema und Urticaria hat S. wiederholt im Gefolge der Impfung angetroffen und zwar vielfach zusammen oder, vielleicht richtiger gesagt, als ein Erythema mit Jucken und anderen Symptomen der Urticaria. Pemphigus ist ihm im Laufe des letzten Jahres dreimal begegnet; von diesen Fällen waren zwei als akut zu bezeichnen, aber alle drei sind noch zur Zeit in Behandlung. Bei Ekzem hat Verfasser vielfach Besserung, einmal völliges Verschwinden des Hautleidens konstatiert. Ferner werden erwähnt, Psoriasis Syphilis und Lepra. In Bezug auf Lupus teilt er einen Fall von Entwicklung lang andauernder Läsionen an der Impfstelle mit.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Komplikationen der Vaccination, von T. C. FOX. (*Brit. med. Journ.* 5. Juli 1902.) Bei einem gesunden Individuum ruft die Einimpfung reiner Vaccine-Lymphe nach einem Inkubationsstadium lokale Erscheinungen von einem bestimmten Charakter hervor, die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes zu voller Entwicklung gelangen, um nach einer gewissen Zeit wieder zu verschwinden. Diese lokalen und allgemeinen Symptome können je nach der individuellen Empfänglichkeit der Beschaffenheit der Gewebe, der Wirksamkeit und der Menge der eingeimpften Lymphe mancherlei Variationen aufweisen, ohne dafs man deshalb schon von Komplikationen zu sprechen braucht. Ebenso variiert die Reaktion hinsichtlich ihrer Intensität je nachdem es sich um die Vaccination oder Revaccination handelt. Nach BROUARDEL soll die erfolgreiche Revaccination bei jungen Leuten für gewöhnlich intensivere entzündliche Erscheinungen hervorrufen als die primäre Vaccination bei einem Kinde.

Als eigentliche Komplikationen sind anzusehen die durch unreine Lymphe, unreine Instrumente und den Zutritt pyogener Mikrobien hervorgerufenen excessiven, lokalen entzündlichen Erscheinungen, das Erysipel und Pseudoerysipel in der Umgebung der Impfstellen, die Gangrän, die Keloidbildung der Impfnarben, ferner die postvaccinalen Ausschläge mit papulösem, pustulösen, bullösen, erythematösen Charakter, die Urticaria, die Vaccina generalisata, die Purpura haemorrhagica. Im Gefolge der

Vaccination können ferner auftreten die Psoriasis, das Ekzem und durch ganz unglückliche Impfung die Tuberkulose, Syphilis, die Lepra. Daſs die letztere durch direkte Einimpfung übertragen werden kann, bezweifelt Verfasser nicht, wenngleich er die bisher publizierten Fälle nicht für einwandsfrei hält. Um Komplikationen tunlichst vorzubeugen, empfiehlt es sich, eine reine Lymphe zu verwenden, nur gut sterilisierte Instrumente zu gebrauchen, die Impfung erst nach gründlicher Reinigung der Haut vorzunehmen und die geimpften Stellen bezw. die Impfpusteln vor Reibung durch die Kleider, vor Zutritt von Schmutz zu schützen. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Frage der Vaccinia generilisata vera, von Ludwig Merk. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 26.) Das Vorkommen einer Vaccina generalisata vera wird vielfach bestritten. Dennoch gibt es eine solche, d. h. ein Auftreten zahlreicher Vaccinepusteln auf vorher ganz gesunder Haut, spätestens 14 Tage nach der Impfung. Verfasser teilt einen Fall mit: Am fünften Tage entstanden neben den eigentlichen Impfpusteln an der Brusthaut, später am Hoden, an den Augenbrauen typische Vaccinepusteln unter Anschwellung der regionären Drüsen. Die Haut sonst absolut gesund. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vaccinia generalisata, von R. W. G. Stewart. (*Brit. med. Journ.* 28. Juni 1902.) Ein 32jähriger, am 24. März 1902 wiedergeimpfter Patient bekam ca. drei Wochen später an der linken Seite des Halses einen Ausschlag, der charakterisiert war durch zahlreiche Papeln und bläschenartige Efflorescenzen. In der Nachbarschaft der Impfstellen war keine Spur von Ausschlag zu sehen. Am nächsten Tage hatte sich derselbe über den ganzen Hals verbreitet. Auch die Arme, das Gesicht wurden befallen. Einzelne Efflorescenzen zeigten Dellenbildung. Im weiteren Verlaufe kam es zur Pustelbildung. Am 6. Tage nach Ausbruch des Ausschlages waren die Efflorescenzen verschwunden. Nur noch eine schwache, einige Tage anhaltende Desquamation deutete den abgelaufenen Prozeſs an. *C. Berliner-Aachen.*

Bericht über eine zufällige Vaccineinfektion der Brustwarze, von F. Spurr-London. (*Lancet.* 29. März 1902.) Die Übertragung stammte offenbar von dem zweimonatigen, kurz vorher geimpften Kinde, das die Frau trotz einiger Rhagaden an der Brustwarze stillte. Sie war seit ihrem 2. Lebensjahr nicht wieder geimpft worden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von zufälliger Impfung, von Geo. W. Kosmak-New York. (*Med. News.* 11. Okt. 1902.) Der Fall betraf ein 1¼ Jahre altes Kind, dessen Mutter geimpft worden war. Vier Wochen später zeigte sich bei dem Kinde, welches mit der Mutter in einem Bette schlief, eine typische, etwa dem 10. Tage entsprechende Impfpustel in der Mitte der rechten Wange; die Umgebung der Pustel war etwas induriert, das Unterlid leicht ödematös. Diese zufällige Impfung nahm ihren normalen Verlauf, aber eine kaum sichtbare Narbe wird bei dem Kinde auf der Wange zurückbleiben. *Stern-München.*

Ein unliebsames Vorkommnis bei der Impfung, von Aronheim-Gevelsberg. (*Die med. Woche.* 1902. No. 34.) Ein geimpftes Kind übertrug durch Kratzen eine Impfpustel an das Kinn, ein Beweis, wie nötig es ist, den geimpften Arm zu verbinden, damit nicht solche Übertragungen entstehen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von rezidivierendem Vacciniaausschlage, von Stoddart. (*Brit. med. Journ.* 30. August 1902.) Der 29jährige Patient war in der Kindheit geimpft worden und hatte im Anschluſs an die Impfung am ganzen Körper einen Ausschlag bekommen, der der Beschreibung nach wohl ekzematöser Natur gewesen ist. Im Alter von 13 Jahren wurde er ohne Erfolg wiedergeimpft. Verfasser impfte im verflossenen Winter den Patienten noch einmal und zwar mit gutem Erfolge. Nach sieben Wochen etwa fiel die letzte Kruste von der Impfstelle ab. Zehn Tage später wurde

eine der geimpften Stellen wieder gerötet. Nach 48 Stunden entwickelte sich hier ein klares Bläschen. Um festzustellen, ob es sich um ein Vaccineefflorescenz handelte, wurde einer anderen zum letzten Male im Jahre 1894 erfolglos geimpften Person etwas von dem Inhalte jenes Bläschens am Arme inokuliert. Nach elf Tagen war die geimpfte Stelle gereizt, und 24 Stunden darauf zeigte sich hier eine grofse Blase, die derjenigen des ersten Patienten sehr ähnlich sah. Die Überimpfung von dem Inhalte der zweiten Blase auf eine dritte Person hatte Erfolg, nicht aber auf den ersten Patienten. *C. Berliner-Aachen.*

Der Vaccine- und Variolaerreger. Experimentelle Studie von M. Funk. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1901. No. 24.) Aus seinen Arbeiten zieht Verfasser etwa folgende Schlüsse: Die Vaccine rührt von einem Protozoon her, welches sich in allen wirksamen Lymphen vorfindet. Dasselbe wird als „Sporidium vaccinale" bezeichnet. Den gleichen Erreger findet man in den Variopusteln. Das Sporidium vaccinae erzeugt beim Kalbe die charakteristischen Erscheinungen der Vaccine und verleiht ihnen gegen dieselbe dauernde Immunität. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beiträge zur Kenntnis des Vaccineerregers, von von Wasielewski. (*Ztschr. f. Hygiene.* Bd. 38.) In dieser auf umfangreiche experimentelle Untersuchungen sich gründenden Arbeit gibt v. W. eine Nachprüfung der von Guarnieri unter dem Namen Cytoryctes vacciniae beschriebenen Gebilde, welche dieser als die Vaccineerreger ansprach. Das Ergebnis kann kurz dahin zusammengefafst werden, dafs in der Tat Lymphe, welche unter Ausschlufs aller Bakterien diese Körperchen enthält, typische Impfpusteln zu erzeugen im stande ist, dafs somit die Annahme G.s, dafs diese Vaccinekörperchen selbst die Vaccineerreger seien, zum wenigsten als sehr wahrscheinlich zu bezeichnen ist. Jedenfalls sind die von anderen Forschern als Vaccineerreger beschriebenen Bakterien blofse Saprophyten und besitzen keinerlei ätiologische Bedeutung. Als Material benutzte Verfasser vorwiegend die Hornhaut von Kaninchen, welche er in jeder Beziehung geeignet fand, sowohl für diese Untersuchungen als auch zur Ausführung von Proben in Bezug auf die Brauchbarkeit von Lymphe zu praktischen Zwecken. Bei Verwendung aktiver Lymphe sind nach Einführung derselben mittels Einstichs in eine Epitheltasche der Hornhaut stets typische makroskopische Veränderungen zu konstatieren, und in allen Fällen fanden sich die Vaccinekörperchen in ausgesprochener Weise. Dafs, wie behauptet worden ist, diese Körperchen von Epithelzellkernen abstammen, wird widerlegt 1. durch ihr Auftreten in völlig normalen Zellen, 2. durch ihre Anwesenheit in mitotisch sich teilenden Zellen, 3. durch die Lage der kleinsten Vaccinekörperchen am Rande des Impfherdes, wo sie besonders häufig in der Zellenperipherie, entfernt vom Zellkern, gefunden werden. Es kommt noch hinzu, dafs die Fortzüchtung dieser Körperchen im Hornhautepithel durch eine grofse Reihe von Generationeu (46) hindurch gelang mit dem Ergebnis, dafs am Ende dieser Reihe die typischen Gebilde bei der Impfung noch immer präzis hervortraten. Nach alledem kann man die v. W.schen Mitteilungen nicht anders als wohlbegründet bezeichnen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der Parasit der Kuhpockeninfektion, von Guarnieri. (*Clinica moderna.* August 1902.) Verfasser hat auf dem letzten italienischen Kongresse für interne Medizin in Pisa einen Parasiten beschrieben, den er als spezifisch für Vaccine erklärt, Cytoryctes vacciniae nennt und in die Klasse der Sporozoen einreiht.

C. Müller-Genf.

Die Vaccinekörperchen Guarnieris, von R. Romme. (*Presse méd.* 1902. No. 36.) Guarnieri zeigte 1894 zum erstenmal in Schnitten von Pocken- oder Impfpusteln jene sphärischen oder ovalen starklichtbrechenden Körperchen von der Gröfse eines Mikrococcus oder eines Zellkerns, denen er den Namen Cytoryctes variolae gab. Sie

lagen in Epithelzellen. Im Sekret, welches vom Kalb auf die Cornea des Kaninchens überimpft wurde, fanden sie sich wieder und zwar in den ersten Tagen nach der Impfung in starker Vermehrung. Guarnieri hielt sie für die spezifischen Vaccineparasiten. Von anderer Seite wurden sie als Degenerationsprodukte angesprochen, welche nach Hückel eben durch die Vaccineeinwirkung im Protoplasma der Zellen entstünden. Wasielewski wendet sich nun gegen die Meinung, dafs wir es bei obigen Körperchen mit Entartungsprodukten zu tun haben. Er betont, dafs sie in mitotischen Zellen liegen und dafs deren Zellinhalt ganz normal sei. Es gelang ihm auch, bei Weiterimpfung von der geimpften Cornea des Kaninchens auf die Hornhaut anderer Kaninchen immer wieder jene Körperchen zu erzielen und mit der Einimpfung solcher Körperchen enthaltenden Cornealsekrets bei Kälbern typische Impfpusteln zu erzeugen. *Hopf-Dresden.*

Über die Kultur des Vaccine- resp. Variolaerregers. II. Mitteilung von T. Ishigami. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1902. No. 15.) Die Ergebnisse seiner Forschungen fafst Verfasser in folgenden Schlufssätzen zusammen:

1. Unter den Bakterien, welche in der Variolalymphe oder den Variolakrusten, in humanisierter oder Kuhlymphe sowie in geschwollenen Drüsen der geimpften Kälber u. s. w. vorkommen, ist kein Erreger vorhanden.

2. In Schnittpräparaten der Impfstelle beobachtet man, besonders in den Epithelzellen, eine bestimmte Art von Protozoen, welche sowohl in der Lymphe (Variola-, Vaccine- und humanisierter Lymphe) als auch in Krusten (Vaccine- wie Variolakrusten) sehr zahlreich und konstant vorkommt. In der Eruptionszeit beobachtet man sie auch im Blute sowie in verschiedenen Organen der geimpften Tiere.

4. Dieses Protozoon stellt rundliche oder ovale, grünlich glänzende, einfache Zellen dar und besitzt einen Kern. Im jungen Stadium macht es Amöboidbewegungen. Wenn es in die Zelle eindringt oder einen gewissen Grad der Entwicklung erreicht, dann sistiert und entwickelt es sich weiter (die Entwicklung geschieht auch aufserhalb der Zellen).

4. Die Vermehrung dieses Protozoons geschieht auf zweierlei Art. In jüngeren Stadien vermehrt es sich durch Zweiteilung, gerade wie bei Zellen. Wenn seine Entwicklung einen gewissen Grad erreicht hat, dann bildet es eine Cyste. Von dem Inhalte derselben entstehen durch Teilung zahlreiche Sporozoiten. Es gehört also zu den Sporozoen.

5. Die Cystenbildung geschieht ebenfalls auf zwei Arten: 1. geschieht sie in den Zellen und es werden verhältnismäfsig grofse Cysten gebildet, 2. beobachtet man in dem Impfschnitte schon nach 24—48 Stunden, dafs verhältnismäfsig kleine Cysten gebildet werden. Die letztere Art der Cystenbildung spricht zwar gegen die Ansichten der meisten Forscher, ist jedoch eine Tatsache, die jeder beobachten kann.

6. Dieses Sporozoon kann man in einem besonders dazu bereiteten Nährmedium, dessen Hauptbestandteile aus Epithelzellen noch nicht geimpfter Tiere besteht, künstlich züchten.

7. Wenn man diese Kultur Kälbern einimpft, so entstehen an der Impfstelle am dritten oder achten Tage (oder noch etwas später) Impfblasen, welche mit Fieber begleitet sind. Die Form und der Verlauf, sowie die Gewebsveränderungen bei diesen Blasen sind denjenigen der durch Impfung mittels Kuhlymphe hervorgerufenen ganz gleich. Auch die darin enthaltenen Parasiten sind ganz identisch. Die mit der Kultur geimpften Kälber verhalten sich ganz immun gegen spätere Impfung mit wirksamer Kuhlymphe. Die Lymphe der durch diese Kultur hervorgerufenen Blasen, einem anderen Tiere eingeimpft, ruft regelrechte Vaccineblasen hervor, welche wiederum dem Tiere Schutzkraft verleihen. Folglich ist diese Art der Sporozoen als Erreger der Vaccine anzunehmen.

8. Variola und Vaccine werden durch denselben Erreger hervorgerufen, und zwar aus folgenden Gründen:

a) Die Form und Eigenschaften des in Variolalymphe oder Variolakrusten enthaltenen Parasiten sind denjenigen der in Vaccinelymphe oder Vaccinekrusten enthaltenen ganz gleich.

b) Die durch Impfung mit Variolalymphe oder -krusten hervorgerufenen Blasen weisen in Bezug auf Gewebsveränderungen, die Art und Weise des Eindringens des Parasiten in die Zellen u. s. w. keinen Unterschied auf im Vergleich mit den Blasen, welche durch Impfung mit Vaccinelymphe oder -krusten entstanden sind.

c) Die mit einer aus Variolakrusten herstammenden Kultur geimpften Tiere verhalten sich ganz immun gegen spätere Impfung mit Vaccinelymphe und umgekehrt (da Variolalymphe nicht immer zu haben ist, so habe ich meist Krusten dazu benutzt).

9. Das durch den Kalbskörper einmal abgeschwächte Variolavirus bekommt seine frühere Virulenz nicht wieder, auch wenn es wiederholt menschliche Körper passiert. Über diesen Punkt mufs man noch weiter studieren.

10. Die Form und Eigenschaften dieses Parasiten sind denen des **Mikrosporidium bombycis** ähnlich. Das letztere bildet Sporen mit Polkapseln, welche bei dem Parasiten noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Bakteriologie der Vaccinia und Variola. (*Brit. med. Journ.* 5. Juli 1902.) Der nicht genannte Verfasser unterzieht in dem vorliegenden Artikel alle Versuche, die gemacht worden sind, um den spezifischen Organismus der Variola und Vaccinia zu entdecken, an der Hand der einschlägigen Literatur einer eingehenden kritischen Betrachtung, bespricht die verschiedenen zur Erklärung der Krankheiten aufgestellten Theorien und erörtert einige mehr praktische Fragen, welche sich auf die Verunreinigung der Lymphe mit äufseren Organismen, auf die Wirksamkeit des Glycerins in der Lymphe und die Dauer der Immunität beziehen. Auch die postvaccinalen Infektionen (der Tetanus, das Erysipel) finden eine kurze Besprechung.

C. Berliner-Aachen.

Die Protozoentheorie der Vaccinia, von McWeeney-Dublin. (*Brit. med. Journ.* 19. Juli 1902.) Der Verfasser rekapituliert aus der einschlägigen Literatur die experimentellen Versuche, welche gemacht worden sind, um die Protozoentheorie zu stützen. Die konstante Anwesenheit von deutlich erkennbaren Gebilden in den spezifisch affizierten Zellen läfst die Deutung zu, dafs Variola und Vaccinia das Resultat eines intracellulären Parasitismus sei, dessen äufserer, sichtbarer Ausdruck in dem Auftreten eben jener Gebilde liegt. Ob dieselben aber die tatsächlichen Parasiten oder die durch die Parasiten hervorgerufenen protoplasmatischen Veränderungen sind, das mufs noch festgestellt werden, will man das Problem der Ätiologie der Variola und Vaccinia lösen. *C. Berliner-Aachen.*

Die Protektiv-Proteide bei der Schutzimpfung, von A. S. Bleyer-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Okt. 1902.) In einer kurzen Betrachtung bespricht hier Verfasser die Rolle der Schutzstoffe (Proteidsubstanzen) bei der Impfung; diese Rolle sei schon bekannt oder wenigstens vermutet gewesen, seitdem überhaupt die Untersuchungen über diese Stoffe im Blute unternommen worden. In dieser vorläufigen Arbeit, welcher Verfasser eingehendere statistische Daten folgen lassen will, konstatiert er nun, dafs die Alexine, deren Anwesenheit im Blute er als feststehend ansieht, deren Bedeutung aber für ihn noch sehr zweifelhaft ist, jedenfalls für die Resorption des Impfgiftes ebenso gleichgültig seien wie für die anderen Mikroorganismen oder deren Toxine. *Stern-München.*

Über Tetanus bei der Vaccination, von J. Mac Farland-Philadelphia. (*Lancet.* 13. Sept. 1902.) Im Jahre 1901, namentlich im November und im Dezember, kamen mehrere Fälle von Tetanus im Anschlufs an die Kuhpockenimpfung vor. Hauptsächlich beteiligt waren die Staaten New Jersey und Pennsylvanien. Im ganzen hat Verfasser für das Jahr 1901 nicht weniger als 45 Fälle gesammelt, während 1902 noch fünf Fälle vorkamen. Anfragen in Deutschland, Frankreich, sowie in Italien, Rufsland und Österreich ergaben ein durchaus negatives Resultat. Nach einer eingehenden Besprechung der verschiedenen Möglichkeiten der Erklärung für diese ebenso auffallende wie unerwünschte Erscheinung kommt Verfasser zu dem Schlusse, dafs eine Verunreinigung der Lymphe die Ursache sein müsse. Bestätigung fand diese Annahme in dem Umstand, dafs ein grofser Prozentsatz der erkrankten Impflinge mit einer aus einer bestimmten Quelle stammenden Lymphe geimpft worden war, und dafs, wie in einem Nachtrag mitgeteilt wird, von R. M. Willson in einer um die Zeit der Epidemie hergestellten Lymphe Tetanusbacillen in gröfserer Zahl festgestellt wurden, welche für Versuchstiere sich als pathogen erwiesen.. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bakteriologische Befunde in einem letalen Falle von Tetanus nach Impfung, von Gradwohl-St. Louis. (*St. Louis med. Rev.* 23. Aug. 1902.) Ein 20 Monate altes Kind erkrankte 18 Tage nach der Vaccination, als die Kruste abgefallen war, an Tetanus, dem es am folgenden Tage erlag. Bei der Autopsie wurden aus der Impfwunde Ausstrichpräparate genommen, und in diesen fanden sich Bacillen, die sich in Kulturen und durch Impfversuche als Tetanuskeime erwiesen. Inokulationen der Cerebrospinalflüssigkeit, des Blutes und einer Emulsion des Rückenmarkes auf Mäuse blieben ohne Erfolg. Dieselbe Pockenlymphe war bei anderen Personen ohne Schaden angewendet worden; das Tetanusgift ist somit erst nachträglich in die Impfwunde eingedrungen. *Levor-Hamburg.*

Tetanus nach der am Unterschenkel ausgeführten Wiederimpfung, von W. und J. W. Findlay-Glasgow. (*Lancet.* 22. Februar 1902.) Der Fall betraf eine 21jährige, ziemlich neurotische Dame. Dierselbe erkrankte am 12. Tage nach der Impfung mit Rückenschmerzen; dieselben wurden auf Zugluft, welcher sie abends zuvor in einem Konzertsaal ausgesetzt gewesen war, zurückgeführt. Es entwickelten sich im weiteren Verlauf ausgesprochene Erscheinungen von Tetanus und hielten in gewissem Grade nach Beseitigung der drohendsten Symptome volle 6 Wochen an. Die Heilung war erst nach reichlich einem Vierteljahr eine vollständige. Die Behandlung bestand in der Darreichung von grofsen Dosen Chloral, von dem Patientin einige Tage hindurch bis zu 14 Gramm in 24 Stunden nahm; im ganzen nahm sie im Verlaufe von 44 Tagen fast 240 Gramm. Verff. nehmen an, dafs die Infektion durch das Aufwirbeln von Tetanusbacillen mit dem Strafsenstaub durch die getragene lange Schleppe und vielleicht durch den luftdichten Abschlufs durch den aus Mifsverständnis liegen gebliebenen Schutzverband bedingt war. Antiseptische Mafsregeln waren bei der Impfung mehr als gewöhnlich geübt worden, und die gebrauchte Lymphe war bei anderen Impflingen von keiner üblen Wirkung gewesen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Lymphe und Impfung, von Georges Borne. (*Presse méd.* 1902. No. 76.) In Frankreich haben in diesem Jahre beide Kammern ein neues Gesetz zum Schutze der öffentlichen Gesundheit angenommen. Nach diesen Bestimmungen wird nunmehr bei unseren gallischen Nachbarn, welche in diesem Punkte den Engländern als Muster dienen können, jeder Mensch im ersten, elften und einundzwanzigsten Jahre zwangsweise geimpft. Eltern und Vormünder sind für das Einhalten der Impfvorschriften verantwortlich.

Im übrigen enthält die Abhandlung eine kurze Geschichte des Impfwesens seit JENNER. Auch bringt sie eine Anzahl trefflicher Illustrationen, die Bezug darauf haben. *Hopf-Dresden.*

Die Vaccination mit Glycerin-Kälberlymphe, von A. E. Cope. (*Brit. med. Journ.* 5. Juli 1902.) Der Verfasser behandelt mehr die Technik der Impfung, bespricht die verschiedenen Methoden derselben und die bei der Vaccination zu beobachtenden Vorsichtsmafsregeln. *C. Berliner-Aachen.*

Die Glycerin-Kälberlymphe, von F. R. BLAXALL. (*Brit. med. Journ.* 5. Juli 1902.) Der Verfasser beschäftigt sich mit der Gewinnung der Lymphe, der Überwachung der Lymphanstalten, der peniblen bakteriologischen Untersuchung, der Dauer der Wirksamkeit von animaler Lymphe. *C. Berliner-Aachen.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Neue Beobachtungen über Lepra in Piemont, von V. ALLGEYER. (*Riv. d'Igiene e Sanità pubblica.* 1901.) Verfasser, der an einer Statistik der Leprösen in Piemont arbeitet, bringt hier den Bericht über vier neue, von ihm aufgefundene Fälle (zwei Männer und zwei Frauen). Er sah wiederum bedeutende Besserung nach langem innerlichen Gebrauch des Chaulmoogra-Oles. *Jean Bloch-Berlin.*

Lepra in den Vereinigten Staaten. (*Brit. med. Journ.* 31. Mai 1902.) Im ganzen wurden in Nordamerika 278 Fälle gezählt, von denen 155 allein auf den Staat Louisiana fallen. 176 sind männlichen, 102 weiblichen Geschlechts. 145 sind geborene Amerikaner, 120 im Auslande geboren. Bei 186 konnte der Nachweis geführt werden, dafs die Lepra in den Vereinigten Staaten acquiriert worden ist. Für die Isolierung der Patienten bezw. eine Zufluchtstätte für dieselben ist noch nicht genügend Sorge getragen. Es wird deshalb von der Lepra-Kommission die Errichtung eines Asyls besonders im Südwesten oder auf einer Insel des Golfs von Mexiko empfohlen. *C. Berliner-Aachen.*

Bemerkungen über Lepra in Palästina, von EINSLER-Jerusalem. (*Philad. med. Journ.* 31. Mai 1902.) In dem Lepra-Asyl Jesus-Hülfe zu Jerusalem, das seit 1865 besteht, waren im Jahre 1898 als höchste Zahl 36 Patienten in Verpflegung. Trotz der dort gewährten Vorteile ziehen die meisten Leprösen der dortigen Gegend das freie Umherstreichen und Betteln vor. E. ist von der Kontagiosität der Lepra nicht überzeugt, hält vielmehr die Heredität für den ausschlaggebenden Faktor. Für diese Ansicht spricht folgendes: Am Asyl ist noch niemand vom Pflegepersonal oder den anderen Angestellten jemals angesteckt worden; Proben von Lepraknoten, welche Verfasser zur Untersuchung nach Europa schickte, sind dort für Tuberkulose erklärt worden; somit fehlt der Beweis von der Spezifizität der Leprabacillen. Ferner hat E. in vielen Fällen, wo reine Familienverhältnisse von den Patienten angegeben wurden, doch erbliche Belastung nachgewiesen. Bemerkenswert ist dabei, dafs unter den in Jerusalem ansässigen Israeliten Lepra nicht vorkommt.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Lepra auf den Marschallinseln und Karolinen, von KRULLE. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 39.) K. berichtet über die sechs Leprakranken mit beigegebenen Abbildungen, welche er in dem Lepraheim auf Jaluit (Marschallsgruppe) vorfand, während er sonst auf seiner Reise auf den Inseln der Marschallsgruppe keine neuen Fälle fand. Dagegen fand K. auf einer der Karolinen zwei lepröse Brüder, deren Eltern gesund waren, auch sollen auf der Hauptinsel noch zwei Fälle vorhanden

sein. Bei allen acht Fällen sind Veränderungen an der Nase vorhanden, wie ja auch vielfach die Nasenerkrankungen den Ausgangspunkt der Allgemeinerkrankung bilden, und im Nasensekret am leichtesten Leprabacillen gefunden werden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die Leprafrage in der österreichisch-ungarischen Monarchie, von Hermann Schlesinger. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 35.) Von Gerber und Matzenauer ist jüngst ein Fall von Lepra klinisch und anatomisch festgestellt, der eine Frau betraf, welche ihr ganzes Leben in leprafreien Orten zugebracht hat. Der Fall bot einen hochinteressanten Befund, indem neben unzweifelhafter Lepra im Rückenmark eine echte Höhlenbildung, eine zweifellose Syringomyelie gefunden wurde. — Das Vorkommen dieses Falles, wie mancher anderer, weist darauf hin, dafs noch manche, nicht bekannte Lepraherde in Österreich-Ungarn vorhanden sind. Das ist nur zu erklären durch die mangelnde Vertrautheit der Ärzte mit den Symptomen der Lepra, deren Diagnose auch dem Erfahrenen grofse Schwierigkeiten bieten kann. Verfasser schlägt vor, dafs die Sanitätsbehörden die Arzte von dem Vorkommen vereinzelter Leprafälle in Kenntnis setzt und über die Erscheinungen der Lepra durch eine entsprechende Darstellung des Krankheitsbildes informiert. Die Anzeigepflicht für Leprafälle und Fälle von Syringomyelie mit Morvanschem Typus müfste eingeführt werden. Die Syringomyelie hat durch den genannten Fall noch eine gröfsere Bedeutung gewonnen, da bei ihm nicht nur das Bild der Syringomyelie und Lepra vorgetäuscht ist, sondern beide Krankheiten kombiniert waren. Pathologisch-anatomisch unterschied sich dieser Hohlraum im Rückenmark in keiner Weise von denjenigen Hohlräumen, die man sonst bei der Syringomyelie findet. Leprabacillen wurden in diesem Falle im Rückenmark nicht gefunden. Ein zufälliges Zusammentreffen ist ja möglich. Bemerkenswert ist, dafs die Syringomyelie, die sonst jugendliche Personen heimsucht, bei der 80jährigen Leprösen noch wenig vorgeschritten war. Ein kausaler Zusammenhang ist auch nicht von der Hand zu weisen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Verbreitung der Lepra und eine Besprechung der Fisch-Hypothese bei Lepra mit Bezug auf Kaschmir, von E. F. Neve-Kaschmir. (*Brit. med. Journ.* 3. Mai 1902.) Die Anzahl der Leprösen im Gebiete von Kaschmir wird schätzungsweise zu 300 auf je eine Million Einwohner angegeben. Männer sind bei weitem häufiger davon befallen als Frauen, welch letztere nur etwa ein Zehntel der Fälle liefern. Meistenteils findet man die Fälle gruppenweise beisammen; hat man erst einen Leprakranken entdeckt, so kann man sicher darauf rechnen, alsbald noch etliche andere anzutreffen. Die Hutchinsonsche Fischtheorie erhält durch N.s Nachforschungen keine Unterstützung. Unter 143 Fällen fanden sich 64 Patienten, welche bestimmt angaben, niemals Fischnahrung zu sich genommen zu haben, und in den Gegenden, wo am meisten Fische gegessen werden, fand sich am wenigsten Lepra.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Einschleppung der Lepra von Spanien nach Amerika. Diese Krankheit hat nicht präkolumbisch auf der westlichen Hemisphäre existiert, wohl aber Syphilis, von Albert Ashmead-New York. (*St. Louis med. Journ.* August 1902.) Der zum Teil recht satirisch gehaltene Aufsatz knüpft an einen Artikel von Ehlers-Kopenhagen über Lepra in Spanien an (*Presse médicale,* Paris) und bringt zahlreiche vorzugsweise literarische Belege zur Erhärtung der Ansicht, welche in dem obigen Titel zum Ausdruck kommt. *M. Levor-Hamburg.*

Übertragungsversuche von Lepra auf Tiere, von Y. Tashiro. (*Centralbl. f. Bakt.* 1902. No. 7.) Die Versuche des Verfassers, Tiere verschiedenster Art mit Lepra zu infizieren, sind alle negativ ausgefallen, bestätigen also die bisherigen Ergebnisse. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Topographie des Hansenschen Bacillus im zentralen und peripheren Nervensystem bei der Lepra, von M. Oro. (Vorgetragen in der Italien. Gesellsch. für Derm. u. Syphiligr. Okt. 1894.) Die Serienschnitte wurden nach der Methode von Gabbet mit Meyerschem Albuminglycerin behandelt und nachträglich gefärbt. In den nervösen Zellen des Bulbus wurden nur ganz spärliche Bacillen konstatiert und die Zellen selbst zeigten sich unverändert. Dasselbe gilt von einigen Purkinjeschen Zellen des Kleinhirns. Ferner fanden sich einige Bacillen im Chiasma. Sehr zahlreich waren sie, und zwar sowohl isoliert als zu Haufen vereinigt, im Auge, und zwar speziell in der Choroidea. Ziemlich zahlreich fanden sie sich im Ganglion Gasserii. Dementsprechend ist auch das Zellprotoplasma und der Kern mehr oder weniger verändert, ersteres stellenweise vollständig verschwunden, letzterer nach der Zellperipherie verdrängt oder ganz aufgelöst. Im Gewebe des Ganglion sind viele Mastzellen und Russelsche Körperchen. Im Nervus ulnaris sind die Bacillen in geradezu außerordentlicher Menge vorhanden. Sie sind teils isoliert, teils zu Gruppen vereinigt, liegen frei in den Nervenscheiden oder in den Fasern, wo sie den Axenzylinder zerstört haben, ferner im Perineurium und im proliferierten interfascikulären Bindegewebe. *C. Müller-Genf.*

Lepra und kongenitale symmetrische Keratodermie, von G. Pernet-London. (*Brit. med. Journ.* 25. Jan. 1902.) P. weist darauf hin, daſs wahrscheinlich öfters die Hyperkeratosis palmaris et plantaris für Lepra gehalten worden ist. Er führt ein Beispiel an aus dem jedem Engländer bekannten Natural History of Selborne und erwähnt das häufige Vorkommen der hereditären Keratodermia palmaris et plantaris auf der Insel Meleda und die diesbezüglichen Arbeiten von Ehlers und Neumann.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Lepra tuberosa aus Oberschlesien, von Victor Klingmüller-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 37.) Der erste Fall von Lepra tuberosa in Schlesien bei einer Frau, die in Ruſsland gewesen war, und deren Eltern stets in Schlesien gewesen waren. Klinisch bietet der Fall nichts Ungewöhnliches. Patientin scheint sich in Ruſsland infiziert zu haben und scheint schon seit Jahren krank zu sein, ohne daſs es vorher bemerkt wurde. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Im naturhistorisch-medizinischen Verein Heidelberg (Sitzung vom 5. Nov. 1901, nach *Münch. med. Wochenschr.*, 1902, No. 4) demonstrierte und besprach Bettmann **zwei Fälle von Lepra.** Der eine dieser Fälle betrifft einen 15jährigen jungen Menschen, der vor 3½ Jahren anscheinend gesund von Brasilien nach Deutschland gekommen war; seine Erkrankung hatte vor mehr als zwei Jahren mit heftigem Hautjucken begonnen. Der Patient lebte in den letzten drei Jahren in einem Knabenpensionat, in dem er das Schlafzimmer mit einer gröſseren Anzahl von Mitschülern teilte. Da man von der Art seiner Krankheit keine Ahnung hatte, waren nicht die geringsten Vorsichtsmaſsregeln ergriffen worden, und obwohl der Kranke infolge seiner Nasenaffektion enorme Mengen von Leprabacillen verstreute, scheint keine Weiterübertragung stattgefunden zu haben. Im Anschluſs an diese Beobachtung besprach B. die Maſsregeln, die gegen die Weiterverbreitung der Lepra ergriffen werden müssen. Vereinzelte Fälle in sonst leprafreien Ländern erheischen keine allzu strenge Isolierung. Man kann solche Patienten in häuslicher Pflege belassen, wenn Garantie geboten ist, daſs gewisse Vorsichtsmaſsregeln eingehalten werden.
Götz-München.

In der Sitzung der Gesellschaft prakt. Ärzte zu Libau vom 7. Juni 1901 demonstriert Schmähmann eine 45jährige Frau, die zahlreiche Narben und einzelne, wenig anästhetische Flecke aufweist. Augenbrauen und Wimpern fehlen vollkommen; Mal perforant du pied. Diagnostisch kommen **Lepra** und **Lues** in Betracht; erstere

wird für wahrscheinlicher gehalten. In der Diskussion beantwortet PRISSMANN die Frage, ob die Person zu isolieren sei, dahin, daſs er persönlich zwar nicht viel von der Ansteckungsfähigkeit der Lepra halte, daſs man aber im Interesse der Allgemeinheit prinzipiell die Leprösen zu isolieren suchen müſste, besonders die mit offenen Wunden behafteten; nachsichtiger könne man mit den Fällen makulo-anästhetischer Lepra sein.

PRISSMANN stellt einen 48 jährigen Mann mit **Lichen ruber** vor, bei dem namentlich die Streckseiten der Extremitäten befallen sind und bei dem die Efflorescenzen sich den VOIGTschen Grenzlinien anschlieſsen. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1902. No. 30.) *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Mit dem deutschen Ärztetag im Lepraheim zu Memel, von ALFRED WOLFF-Königsberg. (*Die med. Woche.* 1902. No. 32.) In Form einer feuilletonistischen Plauderei beschreibt W. seinen Besuch in dem zur Zeit von 15 Leprösen besetzten Heim, er schildert den Verlauf der Lepra in Deutschland, die Entstehung des mit allen hygienischen Bequemlichkeiten ausgestatteten Hauses, in dem für die Kranken alles geschehen ist, was nur möglich war, und entwirft ein kurzes Bild der Lepra, gegen welche leider bis heute die Therapie ziemlich machtlos ist.

Bernhard Schulze-Kiel.

Isolierung der Leprösen in Guam. (*Brit. med. Journ.* 7. Juni 1902.) Unter den Eingeborenen von Guam oder Guahan, der südlichsten und gröſsten Insel des Ladronenarchipels im stillen Ozean, befindet sich eine Anzahl von Leprösen, für welche demnächst in der Hauptstadt Agana ein Leprosorium errichtet werden soll.

C. Berliner-Aachen.

Leprahäuser im Osten und Westen, von TIBURTIUS. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 20 und 21.) Die Verfasserin schildert in dem interessant geschriebenen Berichte die Eindrücke, die sie auf ihren Reisen von den Leprahäusern bei Jerusalem und bei Bergen gewonnen hat. *F. Hahn-Bremen.*

Die Ätiologie der Lepra. (*Brit. med. Journ.* 7. Juni 1902.) Dr. TONKIN berichtet, daſs im Sudan die Lepra gewöhnlich durch die Kleider Lepröser übertragen werde. Er glaubt aber, ebenso wie JONATHAN HUTCHINSON, daſs die Nahrung, namentlich stickstoffarme Speisen eine wichtige Rolle in der Ätiologie der Lepra spiele.

C. Berliner-Aachen.

Die Behandlung der Lepra, von SÉE. (*Gazette des Hôpitaux.* 1902. No. 60.) Verfasser vergleicht die verschiedenen Medikamente und Behandlungsmethoden, welche gegen die Lepra empfohlen worden sind, in Bezug auf ihre Wirksamkeit und kommt zum Schlusse, daſs vor allem bis jetzt kein Spezifikum gegen die Affektion existiert und daſs sich vorläufig nichts Bestimmtes sagen läſst über den Wert der einzelnen Medikamente. *C. Müller-Genf.*

Die Lokaltherapie der Lepra, von P. G. UNNA. (*Ther. d. Gegenw.* Juli 1902.) Die Behandlung der Lepra zerfällt in eine allgemeine und in eine lokale; beide sind berechtigt. Die allgemeine sucht durch innere Darreichung, subcutane und intravenöse Injektion spezifische Heilmittel zu inkorporieren, z. B. das Gynocardöl, Gurjimbalsam, Natron salicyl., Ichthyol. Die Lokalbehandlung soll die Haut und peripheren Nerven von den Bacillen befreien, die einfachsten Formen behandelt man mit heiſsen Lokalbädern, Senfmehl, Dunstumschlägen; die nächst schwerere Form, die Parangioleprosis reagiert auf reduzierende Heilmittel (Pyrogallol, Resorcin, Chrysarobin, Ichthyol) verbunden mit Salicylsäure in Salbenform. Am besten bewährt sich Pyrogallol mit gleichzeitig innerlichen groſsen Dosen Salzsäure, 5,0 zweistündlich in Form einer Schmierkur bis zur Heilung, man beginnt mit 2%igen Salben und steigt bis 10%. So günstig die kontinuierliche Schmierkur auf die häufigste Form der Hautlepra wirkt,

so unwirksam ist sie bei den eigentlichen Cutislepromen. Gegen diese wirken Ätzungen mit kaustischen Alkalien (Kalium caust., Calcar. usta, Sapo virid., Aqu. dest. aa). Auch bei dieser Kalischmierkur muſs innerlich stets Salzsäure gegeben werden. Daneben muſs die Allgemeinbehandlung nicht vernachlässigt werden (keratinierte Gynocardseifenpillen, heiſse Bäder von 30—40° 10 Minuten lang, Injektionen von Thiosinamin). Die klaren Ausführungen möge jeder selbst im Original nachlesen.

Bernhard Schulze-Kiel.

b. *Tuberkulose.*

Die tuberkulösen Hauterkrankungen, von A. Neisser. (*Dtsch. Klinik.* Urban & Schwarzenberg, Wien. 1902.) Der bekannte Kliniker bespricht mit klarer Sachkenntnis alle Formen der Hauttuberkulose, von denen er deutliche klinische Beschreibungen gibt, Lupus, Tuberculosis verrucosa, Lichen scrofulosorum, Scrophuloderma, die Tuberculide u. s. w., um dann einen gröſseren Abschnitt der Differentialdiagnose besonders zur Lues ulcerosa zu widmen. Bei der Gelegenheit bespricht er auch die diagnostische Bedeutung des Tuberkulin und die Bedeutung der Hauttuberkulose in Bezug auf Erwerbsunfähigkeit, Entstellung und die Mischinfektion mit Erysipel. Dann folgt die Erklärung der Entstehung des Lupus, welche gewöhnlich von auſsen kommt und besonders von den Schleimhäuten und zwar hauptsächlich von den in die Nasenschleimhaut mit dem Inspirationsstrom gelangten Bacillen. Jedenfalls ist es von äuſserster Wichtigkeit, stets früh die Diagnose stellen zu können, um rechtzeitig eingreifen zu können und der Krankheit Einhalt zu tun. Den letzten Teil seiner Abhandlung widmet N. der Therapie, bei der neben den radikalsten Eingriffen, den Excisionen, die Ätzmethoden, Heiſsluftbehandlung, Röntgen-Verfahren, Lichtbehandlung (Finsen, Strebel, Bang), Tuberkulin zur lokalen Reaktion bespricht. Dem Tuberkulin spricht Verfasser, wie wohl jetzt fast alle Autoren, die unmittelbare Heilkraft ab. Die Heilung erfolgt stets durch Narbenbildung, sind dieselben häſslich und sehr unbequem, so machen Thiosinamininjektionen die starre unbewegliche Haut wieder weich und dehnbar. Eine innere Therapie für die Hauttuberkulose gibt es nicht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Tuberculosis verrucosa cutis, von Joseph und Trautmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 12.) Angeregt durch Kochs Vortrag auf dem Londoner Tuberkulosekongreſs prüften Verfasser ihr poliklinisches Material auf die Häufigkeit der Tuberculosis verrucosa cutis, die ja als der Typus der Impftuberkulose angesehen werden kann und von der man schon lange weiſs, daſs sie gern bei Leuten vorkommt, die mit Tieren zu tun haben; unter den 41 Fällen betrafen 9 Tischler, 8 Schlachter; von diesen waren drei Arbeiter am städtischen Schlachthof und hatten ausschlieſslich mit tuberkulösem Tiermaterial zu tun. Jedenfalls ist die Tuberculosis verrucosa eine relativ unschuldige Krankheit, der keine Allgemeininfektion folgt, einerlei ob man nun annimmt, daſs sie durch Tiertuberkulose oder abgeschwächte Menschentuberkulose erzeugt ist. *F. Hahn-Bremen.*

Kasuistischer Beitrag zur Heilung von tuberkulösen Hautinfiltraten, von B. Freytag-Hannover. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 52.) Der mitgeteilte Fall bietet kein besonderes Interesse. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Tuberkulöser Rheumatismus und tuberkulöses Erythem, von H. de Brun-Beirut. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 36.) Poncet hat wiederholt einen tuberkulösen, d. h. einen spezifischen, durch Tuberkelbacillen oder deren Toxine verursachten Rheumatismus beobachtet und beschrieben; die Arthropathien gehen manchmal dem Auftreten der tuberkulösen Erscheinungen in den Lungen voraus. Einen derartigen Fall teilt B. hier mit. Es handelte sich um ein 18jähriges Weib mit doppelseitigem Lungen-

spitzenkatarrh und mäſsiger Schwellung und groſser Schmerzhaftigkeit fast sämtlicher Gelenke. Die Arthropathien widerstanden jeder Behandlung; dagegen besserten sich unter dem Gebrauche von Kreosot und unter subcutanen Injektionen von Natrium kakodylicum Lungenaffektion und Allgemeinzustand ganz bedeutend. Der Fall war auch noch dadurch ausgezeichnet, daſs jeden Nachmittag mit dem Beginne der alltäglichen Temperatursteigerung ein über den gröſsten Teil des Körpers ausgebreitetes Erythem auftrat; dasselbe bestand aus zahlreichen, verschieden groſsen, unregelmäſsigen, scharf begrenzten, nicht prominenten roten Flecken, die auf Fingerdruck abblaſsten und regelmäſsig im Laufe der Nacht mit dem Fieber wieder verschwanden. Je höher das Fieber war, desto intensiver war das Erythem. Als mit zunehmender Besserung die Temperatursteigerungen geringer wurden, traten nur mehr blaſsrote Flecken auf. Wenn man die Kranke zur Zeit der Temperatursteigerungen herumgehen lieſs, zeigte sich überdies an den Füſsen, den Unterschenkeln und der unteren Partie der Oberschenkel eine ausgesprochene Cyanose. Am Vormittag, wenn die Kranke fieberfrei war, war niemals eine cyanotische Verfärbung zu beobachten. — Ein in seiner Erscheinung und seinem Verlaufe ganz ähnliches Erythem beobachtete der Verfasser auch bei einem 22jährigen Manne mit Lungentuberkulose; er glaubt, daſs diese Erytheme durch die Toxine der Tuberkelbacillen hervorgerufen werden.

Götz-München.

Über Impftuberkulose, von O. Lassar-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 40.) Lassar stellte im Verein für innere Medizin am 14. Juli 1902 eine Reihe von Angestellten des Schlachthofes, besonders Schlachter vor, welche mit Tuberculosis verrucosa der Hände behaftet sind, wie auch Max Joseph diese Krankheit bereits verhältnismäſsig häufig bei Schlachtern bemerkt hat. Durch diese Erhebungen scheint die Beziehung zwischen Rinds- und Menschenkrankheit eine ganz unbefangene Stütze im positiven Sinne zu erlangen. Auch von anderer Seite (Ravenel, Hartzell, Kurt Müller, de Jong, A. Heller) werden ähnliche Fälle von Impftuberkulose berichtet.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über einen Fall von Impftuberkulose eines Schlachthausarbeiters durch tuberkulöse Organe eines Rindes, von Paul Krause-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 25.) Ein 30 Jahre alter, aus gesunder Familie stammender Schlachthausarbeiter, der stets gesund gewesen war, hatte sich, während er mit dem Aufräumen von Fleischteilen kranker Tiere beschäftigt war; eine Verletzung am rechten Daumen zugezogen. Nach einigen Tagen traten Schmerzen im Arme und Drüsenschwellungen, später kleinere und gröſsere Geschwüre und Eiterung auf, so daſs wiederholt Incisionen vorgenommen werden muſsten. Die mikroskopische Untersuchung einer exzidierten Drüse und eines Stückes ulceröser Haut bewies, daſs es sich um Tuberkulose der Lymphgefäſse und Lymphdrüsen handelte. Erst nach zwei Jahren trat Heilung ein. Bei der ein Jahr später vorgenommenen Untersuchung fanden sich am rechten Arme, insbesondere unterhalb der rechten Achselhöhle mehrere geschwollene, schmerzlose Lymphdrüsen; in der linken Achselhöhle war ein dünner Strang zu fühlen. Die übrigen Organe, insbesondere die Lungen waren anscheinend vollständig intakt. Die mikroskopische Untersuchung einer exzidierten Drüse ergab eine Anzahl charakteristischer Tuberkeln mit Riesenzellen und vier Tuberkelbacillen. Es handelte sich also um eine tuberkulöse Erkrankung, die zweifellos durch Infektion mit perlsüchtigem Material hervorgerufen worden ist. — Jeder derartige Fall ist mit Rücksicht auf die bekannten Ausführungen Kochs von groſsem Interesse.

Götz-München.

Bemerkungen über einen Fall von Lupus tuberculosus, von J. M. Sotos. (*Rev. Ibero-Americana de sciencias medicas.* 1902. No. XV.) Es handelte sich um eine

im Gesichte lokalisierte Dermatose, welche makroskopisch vollständig das Aussehen eines Lupus exulceratus zeigte. Der mikroskopische Befund war folgender: In der ganzen Cutis und Epidermis zerstreute, entzündliche, pseudotuberkulöse Herde und miliare Abscesse mit Riesenzellen. In den Abscessen konstatierte man ziemlich zahlreiche Parasiten mit doppeltkonturierter Membran und feingekörntem Protoplasma ohne Kern. Dieselben vermehren sich durch Segmentation. Inokulationen in die Vena jugularis des Hundes führten zur Bildung einer Menge gelblicher Knoten in den Lungen, worin dieselben Parasiten wieder nachgewiesen wurden. Verfasser meint, es handle sich um ein Oïdium, den Blastomycetus dermatis. *C. Müller-Genf.*

Im naturhistorisch-medizinischen Verein Heidelberg (Sitzung vom 27. Mai 1902. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 37) demonstrierte Bettmann eine 26jährige Patientin mit einer **besonderen Form des Lupus vulgaris (Lupus miliaris disseminatus)**. Bei der Kranken finden sich über das ganze Gesicht zerstreut eine große Menge miliarer isolierter Efflorescenzen. Ein Teil derselben, wohl die frischesten, erscheint deutlicher papulös, dabei intensiver rot, andere — ältere — Efflorescenzen sind mehr braunrot, liegen im oder sogar etwas unter dem Niveau der Haut und zeigen Andeutung einer Vernarbung. Bei den meisten Efflorescenzen ist im Zentrum ein kleiner weißer Punkt sichtbar, der ein Milium darstellt. Die Affektion besteht seit ca. zwei Jahren. Die Knötchen haben eine weiche, matschige Beschaffenheit und lassen sich mit dem leicht aufgesetzten Höllensteinstift ohne weiteres herausbohren. Beim Aufdrücken eines Glasspatels bleibt ein bräunliches, gelatinöses, leicht durchscheinendes Infiltrat sichtbar. Ihrem Bau nach entsprechen die Knötchen Epitheloidtuberkeln; es findet sich in ihnen zentrale Verkäsung und an einzelnen Stellen Riesenzellen in kleinen Gruppen. Die Milien erweisen sich mikroskopisch als kleine Epithelcysten. Injektion von 0,008 Tuberkulin ergab eine sehr prägnante lokale wie allgemeine Reaktion. Es handelt sich nach alledem um einen Fall von Hauttuberkulose, und zwar um die seltene Form des Lupus miliaris disseminatus, von dem einzelne Fälle auch als Akne-Lupus, Lupus miliaris, Lupus follicularis disseminatus etc. beschrieben worden sind. *Götz-München.*

Klinische Form des Lupus papillomatosus infolge Aufseninfektion, von Asselbergs. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 23.) Der Fall betrifft einen 58jährigen Kranken, bei welchem sich ausgehend von Schrunden der Haut der rechten Hand ein rapid sich entwickelnder Lupus papillomatosus von jetzt 7 cm Längsdurchmesser entwickelte. Er unterscheidet sich sowohl durch sein schnelles Wachstum als durch das Fehlen der tuberkulösen Knötchen, sowie durch das Vorhandensein papillomatöser Vorsprünge vom vulgären Lupus. Der Verfasser glaubt, daß gerade diese klinische Form den Infektionen, welche von außen her kommen, entspricht. Den vulgären Lupus hält er dagegen nur für die cutane Äußerung einer allgemeinen Tuberkulose latenter Natur. Meist sind bei den Kranken schon andere Zeichen einer solchen, wie kalte Abscesse, Drüsenerweiterungen und anderes, vorhergegangen.

Hopf-Dresden.

Ein Vorschlag zur Lupusbehandlung, von Norman Walker-Edinburgh. (*Scottish Journ.* Mai 1902.) Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Lupus wird nach W.s Erfahrungen erhöht, wenn man vorher auf die erkrankten Stellen reine oder verdünnte Karbolsäure einwirken läßt. In wenigen Tagen tritt starke Reaktion ein, die betreffende Partie schwillt an, und es entsteht eine Ulceration, die aber unter milden Mitteln, wie Zinkichthyolsalbenmull, bald heilt. Wenn die Stelle klein ist, genügt bisweilen eine einzige Sitzung. *M. Levor-Hamburg.*

Beitrag zur Histologie von Lupus vulgaris nach Röntgenbehandlung, von G. Pernet-London. (*Lancet.* 6. Sept. 1902.) Der Patient, ein 26jähriger Mann, hatte

seit seinem achten Lebensjahre an Lupus gelitten. Die betreffende Stelle, an der Stirn lokalisiert, war sechs Monate zuvor 14 Tage lang mit täglichen Bestrahlungen von je etwa 10—15 Minuten Dauer behandelt worden. An der Peripherie waren frische Knötchen hervorgetreten, aber im Zentrum sah die Stelle gesund aus. Die mikroskopische Untersuchung des exzidierten Stückes ergab stellenweise eine Auflösung des Kollagens, welches auch einen gewissen Grad von Kollastinumwandlung erlitten hatte. Das Elastin war nur spärlich vorhanden, und die Fasern waren vielfach aufgelöst. Die Schweifsdrüsen zeigten beginnende Zerstörung und eine Infiltration der Umgebung. Desgleichen waren die Haarfollikel und Talgdrüsen auf einem gröfseren Gebiete vernichtet. Ferner fanden sich zahlreiche Plasmazellen in Gruppen und Reihen sogar in gröfserer Tiefe zwischen dem Muskelgewebe, wo offenbar granulierendes neoplastisches Gewebe verhanden gewesen war.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zwei Fälle von Lupus vulgaris, welche mittels reinem Harnstoff und Röntgenstrahlen erfolgreich behandelt wurden, von E. Swales-Maidstone. (*Lancet.* 8. März 1902.) Es handelte sich um zwei Insassinnen der Irrenanstalt, die mit der Diagnose Demenz und Lupus aufgenommen waren. Harnstoff wurde in steigenden Dosen von 1,2 bis 7,2 g ter die viele Monate hindurch nebst Lebertran und Malzextrakt gegeben, Die Resultate sollen sehr gut sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Lichtbehandlung des Lupus tuberculosus, von P. François. (*Bull. Soc. Méd. d'Anvers.* Juni 1902.) François fafst seine Ansichten über den Heilwert der Finsen-Therapie beim knotigen Lupus dahin zusammen, dafs in Zukunft jeder neue Lupus tuberculosus heilbar ist. Die Ergebnisse der Methode hängen von der Regelmäfsigkeit und der Überwachung der Anwendung ab. Die bestrahlte Stelle mufs absolut blutleer gemacht sein. Gleichartigkeit der Wirkung, Tiefe derselben, Fehlen suppurativer und destruktiver sekundärer Reizungen, Schmerzlosigkeit, Dauer der Wirkung und Schönheit der Narben sind die Vorzüge der Phototherapie. Lupus tuberculosus des Rumpfes und der Glieder verlangt operative Eingriffe, für den Gesichtslupus jedoch ist die Finsen-Bestrahlung die Behandlungsmethode der Wahl. Unsicher wirkt sie bei hypertrophischem, pigmentiertem, vaskulösem und sklerotischem Lupus. *Hopf-Dresden.*

Über den Wert der durch die Geisslersche Röhre erzeugten chemischen Strahlen bei der Behandlung des Lupus, von Ch. Colombo-Rom. (*Revue internat. de Thér. physique.* 1902. No. 15.) Nach dem Vorschlage Leducs hat der Verfasser in mehreren Fällen von Lupus Versuche mit den durch die Geisslersche Röhre erzeugten chemischen Strahlen angestellt; es hat sich dabei gezeigt, dafs diese Strahlen auf lupöses Gewebe keine Wirkung ausüben. *Götz München.*

Fortschritte auf dem Gebiete der Lupusbehandlung mit Finsen-Strahlen, von Kattenbracker-Spandau. (*Revue internat. de Thér. physique.* 1902. No. 8.) Die von der Kjeldsenschen Eisenelektrodenlampe erzeugten chemischen Strahlen sind im Aufrechtschen Institut in Berlin auf ihre baktericide Kraft geprüft worden. Der Verfasser teilt die vorzüglichen Ergebnisse dieser Versuche hier mit und bespricht im Anschlusse daran die Vorteile, welche die Verwendung der Eisenelektrodenlampen bei der Behandlung des Lupus hat. *Götz-München.*

Lupusbehandlung (nach *Presse méd. belge.* 1902. No. 30). Der Verfasser betrachtet unsere Kampfmittel gegen den Lupus. Sie sind einmal allgemeine, das andere Mal örtliche. Zu ersteren gehört die hygienisch-diätetische Behandlung (Luft, Licht, See), die Arzneibehandlung per os (Lebertran bis zu täglich zehn Kaffeelöffeln, Lecithin, Jodtanninsirup, Kreosot) sowie die Serotherapie. Die örtliche Behandlung zerfällt in blutige und unblutige Mafsnahmen. Zu ersteren zählen sich die totale Entfernung

die Auskratzung mit dem VOLKMANNschen Löffel und die Skarifikationen. BESNIER wirft allen drei Methoden vor, den Bacillen die Gefäfstore zu öffnen und die Generalisation der tuberkulösen Infektion hervorzurufen. Nichtblutige Eingriffe stellen die Kauterisationen mit dem Glüheisen, die chemisch-kaustischen Methoden und die Phototherapie. Erstere sind nur bei kleinen Lupusherden anzuwenden, sowohl wegen der Schmerzhaftigkeit als der konsekutiven Narben. Die chemischen Caustica sind heute fast verlassen. HALLOPEAU erzielte neuerdings gute Erfolge mit der örtlichen Applikation konzentrierter Lösungen von Kalium permanganat., und zwar nach BUTTES Vorgang. Auf nicht ulcerierte Lupusherde wird es auch gepulvert aufgestreut. Der Puder bleibt etwa eine Viertelstunde lang auf der vorher mit Ichthyolseife gewaschenen und gut abgetrockneten Lupusfläche bedeckt liegen. Als ideale Behandlungsweise des Lupus darf die Phototherapie gelten. *Hopf-Dresden.*

Die medikamentöse und die chirurgische Behandlung des Lupus vulgaris, von CARL GRÜNBAUM. (*Medicin. Blätter.* 1902. No. 23.) Ein Sammelreferat über die betreffenden Arbeiten der letzten Jahre. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Lungenschwindsucht und deren Behandlung, mit besonderer Berücksichtigung des Tuberkulocidin KLEBS, von F. JESSEN-Hamburg. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1902. No. 23.) Der Verfasser hat aufser einer Reihe von Lungenphthisen auch zwei Fälle von **Lupus** mit Tuberkulocidin KLEBS behandelt. In dem einen Falle, einem leichten, „mischinfizierten“ Lupus, trat bei sieben Tropfen T. C. eine Reaktion, d. h. eine Aussaat von multiplen Eiterherden auf die Umgebung des Lupus auf. Nach Abheilung derselben war auch der Lupus geheilt, In dem zweiten Falle, einem aufserordentlich hartnäckigen, schon verschiedentlich ohne Erfolg behandelten Lupus war eine wesentliche Besserung nicht zu konstatieren, auch die weitere Ausbreitung des Prozesses wurde durch das T. C. nicht hintangehalten. — In zwei Fällen von Lungenphthise wurden ausgedehnte Follikulitiden des Rückens (Tuberkulide) durch das T. C. vollständig zum Verschwinden gebracht. *Götz-München.*

Über die Verwendung des Adrenalin bei der Lichtbehandlung des Lupus, von W. A. JAMIESON-Edinburgh. (*Brit. med. Journ.* 21. Juni 1902.) Die Beobachtung, dafs die Wirksamkeit der Lichtbehandlung des Lupus vielfach von der Vollständigkeit abhängt, mit der wir die exponierte Partie für die Dauer der Sitzung anämisch machen können, hat den Verfasser veranlafst, das von TAKAMINE für diesen Zweck empfohlene Adrenalin besonders bei umschriebenem Lupus zu verwenden. In eine Adrenalinlösung von 1 : 1000 wird ein Stückchen gut aufsaugender Watte getaucht und dann für 10—15 Minuten auf die zu behandelnde Lupusstelle appliziert. Es wird dadurch ein deutliches Abblassen der Haut rund um die Lupusstelle, aber seltsamerweise keine bedeutende Verminderung der Röte im Lupusbezirk selbst erzielt. Dies entspricht der Erfahrung, welche man mit dem Diaskop als ein Mittel zur Diagnose des Lupus macht. Wird das Glas fest gegen die Lupusstelle gedrückt, so bleicht sich der Lupus selbst nicht vollständig, vielmehr persistiert das Lupoma in der weifsen Umgebung als ein dunkler Fleck. Mit der Adrenalinlösung wird die Abblassung doch eine komplettere als durch das Diaskop. Der Verfasser fand, dafs bei Anwendung der Adrenalinlösung die Reaktion der Lichtbehandlung rascher eintritt, dafs die Neigung zur Blasenbildung gesteigert, die Abflachung und Obliteration des Lupoms beschleunigt wird. *C. Berliner-Aachen.*

c. *Syphilis.*

Die Syphilis in der modernen französischen Roman- und Theaterliteratur, von SCHOBER-Paris. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 31.) Als „Species syphilitica“ bezeichnet Verfasser die in jüngster Zeit in der französischen Roman- und Theater-

literatur (nicht blofs in der französischen Literatur, Ref.) sich bemerkbar machende Richtung, die Geschlechtskrankheiten, von denen man bisher dem breiteren Publikum nicht zu reden wagte, in ihr Programm aufzunehmen. Verfasser bespricht die neuesten Erscheinungen auf diesem Gebiete. Am bekanntesten geworden ist Brieux' Theaterstück „Les Avariés", die Schiffbrüchigen, das Fournier gewidmet ist, welcher dem Autor die technischen Auskünfte über die Syphilis gegeben hat. Das Stück behandelt das Schicksal einer Ehe; der Gatte erkrankte kurz vor der bereits festgesetzten Hochzeit an Syphilis, heiratete trotz ärztlichen Abratens, und die Folge war ein syphilitisches Kind. Diesen Rahmen benutzt Brieux zu ausführlichen, belehrenden Auseinandersetzungen über die Syphilis. Verfasser billigt das Werk vom medizinischen und sozialen Standpunkt aus, vermag ihm aber keinen erzieherischen und auch keinen theatralischen Wert einzuräumen, letzteren nicht, mit der Begründung, dafs die Musentempel nicht für die Syphilis gebaut seien; die Absicht der Belehrung sei ja sehr löblich, aber der Zweck heilige nicht die Mittel. — Als zweites Werk bespricht Verfasser den Roman von Michel Corday: „Vénus on les deux risques". Der Held des Romans, mit lebhaftem Hang nach geschlechtlicher Liebe ausgestattet, schwebt stets zwischen zwei Ängsten, der Angst vor der Vaterschaft und der vor der Syphilis. Trotz aller Vorsicht wird er sowohl „unehelicher" Vater wie syphilitisch und nimmt sich schliefslich das Leben, seinem Kinde die Worte hinterlassend: „Il ne faut pas croire l'amour ni si charmant, ni si facile, ni si important dans la vie". In dem sehr schön geschriebenen Buche ist die Schilderung der Syphilis nach der pessimistischen Seite stark übertrieben, offenbar in Verfolgung der vom Autor beabsichtigten moralischen Tendenz. — Ein Arzt, Couvreur, ist der Verfasser des dritten Werkes: „Les Mancenilles". Unter den „Blüten des Manzanillobaumes" sind hier die Damen lockeren Lebens von Paris verstanden. Hier wird die Geschichte eines jungen Mannes erzählt, der als Student der Rechte nach Paris kommt, syphilitisch wird und seine Laufbahn aufgibt; später wendet er sich der Politik zu, wird Abgeordneter, bald Minister und erkrankt inmitten angestrengter geistiger Tätigkeit an progressiver Paralyse. Couvreur ist Schüler Fourniers, dessen Lehren und Auffassungen dem Werke zu Grunde liegen.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Betrachtungen zur Diagnose der Syphilis, von A. Neisser. (*Deutsche Klinik.* 1901. Urban & Schwarzenberg, Wien.) In grofsen Umrissen und mit sachgemäfser Klarheit bespricht Neisser die Diagnose der Syphilis, zuerst die Diagnose der eben beginnenden Syphilis, später die Momente, welche ein Urteil darüber gestatten, ob sich ein Syphilitiker im Früh- oder im Spätstadium befindet, ob und in welchem Mafse ein Syphilitiker infektiös ist, und wieweit seine Lues auf seine Nachkommenschaft vererbbar ist. Auch die Reinfektion, welche Verfasser für nicht so überaus selten hält, wie andere Forscher, und die extragenitale Infektion wird des näheren gewürdigt. N. predigt immer wieder den Grundsatz, mit der Behandlung erst dann zu beginnen, wenn die Diagnose absolut feststeht, um nicht die Kranken für spätere Zeit in der unangenehmen Ungewifsheit zu lassen, ob sie überhaupt je luetisch waren. Dann aber, wenn die Diagnose klar ist, empfiehlt er von Anfang an eine energische und langdauernde, chronisch intermittierende Behandlung, wodurch sich grofse Erfolge erzielen lassen. Wenn auch die Schrift N.s für den Fachmann wenig Neues enthält, so ist die Lektüre dieses Werkchens seiner schönen Form und seines klaren Inhalts wegen doch jedem zu empfehlen, spricht sich doch N.s Auffassung deutlich darin aus.

Bernhard Schulze-Kiel.

Bemerkungen über Syphilis in Bezug auf Lebensversicherung nebst Betrachtungen über eine Serie von 500 Policen, von F. P. Weber-London. *Lancet.* 27. Sept. 1902.) Zunächst führt Verfasser aus, dafs die von Runeberg-Helsingfors

veröffentlichten Zahlen, denen zufolge 15 % der Todesfälle direkt oder indirekt mit Syphilis in Zusammenhang stehen sollen, seinen Erfahrungen nach entschieden zu hoch gegriffen sind. Sein eigenes Material, von einer grofsen englischen Lebensversicherungsgesellschaft herstammend, ergab unter den 500 Versicherten 18 Fälle, bei denen die Todesursache auf Syphilis zurückgeführt werden konnte, oder 3,6 %. Es waren dies Fälle von progressiver Paralyse, die vor dem 55. Lebensjahre tödlich verliefen, ferner Tabes, Apoplexia cerebralis und Aneurysma. Besonders bemerkenswert ist der Umstand, dafs unter allen den 500 Fällen nur dreimal Angaben über vorhandene Infektion gemacht wurden. Wenn es auch durchaus nicht ausgeschlossen ist, dafs Syphilis oft erst nach erfolgter Versicherung acquiriert wurde, so gemahnt diese Tatsache doch daran, recht sorgfältig auf objektive Merkmale gehabter Infektion zu fahnden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Syphilis und Lebensversicherung, von Byrom Bramwell-Edinburg. (*Edinb. med. Journ.* Januar 1903.) Um die dabei in Betracht kommende Hauptfrage, ob Syphilis geeignet ist, das Leben zu verkürzen, richtig zu beantworten, müssen jedenfalls Tabes, progressive Paralyse und Aneurysma nach B.s Ansicht mit berücksichtigt werden. In den Fällen, wo Syphilis direkt den Tod verursachte, waren es meist Tertiärerscheinungen; in ungefähr 68 % der Fälle stellten sich dieselben (schwere Gehirn- und Rückenmarkssyphilis) während der ersten zehn Jahre nach der Infektion ein. Tabes und Paralyse lassen sicher nach B.s Ansicht in 75 % der Fälle, Aortenaneurysma in mehr als 50 % auf syphilitischen Ursprung schliefsen. Aber Verfasser glaubt, dafs noch eine Reihe anderer Leiden, wie Erkrankung der Aortenklappen, manche Fälle von Lebercirrhose, auch von Nierenschrumpfung, ferner als Gehirnerweichung, als Apoplexie, Hemiplegie, Myelitis, Paraplegie, Atherom, Sklerose der Coronararterien, Angina pectoris, Myocarditis figurierende Todesfälle auf das Konto der Syphilis zu setzen sind. Auch ist zu bedenken, dafs die Syphilis vorzeitige senile Veränderungen verursacht, welche entweder die Lebensdauer des Individuums abkürzen oder zu interkurrenten Krankheiten disponieren oder die Widerstandsfähigkeit gegen diese herabsetzen. Also ist für B. ein Individuum, welches mit Syphilis behaftet war, jedenfalls im Sinne der Lebensversicherung minderwertig. Über folgende Frage müfsten aber die Gesellschaften noch eine ausreichende Statistik zusammenstellen lassen:

1. Über den Einflufs der Quecksilberbehandlung zur Verhütung von Tertiär- und parasyphilitischen Erkrankungen.

2. Geben hartnäckig verlaufende und sehr ernste Sekundärerscheinungen irgend eine Richtschnur bezüglich des weiteren Verlaufs des Falles?

3. Welche Wichtigkeit soll dem Gesundheitszustande der Kinder, die dem Antragsteller nach acquirierter Syphilis geboren werden, beigelegt werden?

4. Wenn frühere Syphilis bekannt ist, welche Wichtigkeit haben für die Lebensversicherung a) die körperliche und konstitutionelle Beschaffenheit, b) die familiäre Anamnese (Tuberkulose, Gicht, Gehirnerkrankung), c) die Gewohnheiten, speziell Alkohol, d) die Beschäftigung und e) die näheren Umstände und die Umgebung u. s. w. des Antragstellers?

Nach einer Berechnung, welche B. aus einer grofsen schottischen Versicherungskasse übrigens anstellte (schottischem Witwenfonds) ist im allgemeinen die Lebenszeit der Syphilitiker um 1,3 Jahre gegenüber den übrigen Individuen verkürzt.

Stern-München.

Syphilis und Lebensversicherung, von Graham Brown. (*Scottish Journ.* Januar 1903.) Verfasser, welcher 20 Jahre lang als ärztlicher Berater der schottischen Lebensversicherungsgesellschaft tätig war, bringt hier eine sehr treffende Darstellung

über dieses Thema. Er hebt vor allem hervor, dafs man niemals sagen kann, ein Patient sei wirklich geheilt, da nach 20, 30, ja 50 Jahren noch Tertiärsymptome auftreten können; er glaubt jedoch andererseits, dafs sie doch meist 12 bis 15 Jahre nach dem Primäraffekt sich einstellen. Eine allgemein kräftige Konstitution, Lebensweise in frischer Luft sind immer günstiger bezüglich des Auftretens späterer ernster Erscheinungen als die gegenteiligen Verhältnisse; vorhandene oder auch längst geheilte tuberkulöse Erkrankung sind immer von schlimmer Vorbedeutung bei gleichzeitiger syphilitischer Infektion. Ausgesprochene Alkoholiker sollten immer zurückgewiesen werden. B. ist ferner der Ansicht, dafs schwerere Späterscheinungen eher bei Leuten vorkommen, deren Primär- und Sekundärmanifestationen geringfügig waren. Die wichtigste Frage ist aber, ob die Behandlung eine vollständige war, d. h. ob der Patient wenigstens zwei Jahre lang nach der Primärinfektion unter mehr oder weniger konstanter Quecksilberbehandlung stand. War dies der Fall, ist der Primäraffekt wenigstens vier Jahre vor dem Antrage und sind wenigstens ein Jahr vorher keine Sekundärerscheinungen aufgetreten, macht der Kandidat einen gesunden Eindruck und führt er ein regelmäfsiges, ordentliches Leben, so zögert B. nicht, ihn zu einer nicht zu hohen Lebensversicherung zuzulassen, bei irgend welchen Tertiärerscheinungen aber sollte diese ausgeschlossen sein oder jedenfalls nicht bis zum Lebensende, sondern höchstens bis zu einem bestimmten Lebensalter zu führen. Schliefslich gibt B. noch ein Schema, welches die besprochenen Punkte in zehn Fragen zusammenfafst und von dem behandelnden Arzte des Kandidaten auszufüllen wäre. (Wie viele verschweigen aber eine überstandene Syphilis, wie oft fehlt eine Narbe am Glied oder an anderen Körperstellen? Ref.) *Stern-München.*

Über die soziale Bedeutung der Syphilis, von S. P. Collings-Hot Springs. (*New York med. Journ.* 8. November 1902.) In einem kurzen, historischen Überblick legt C. einleitend dar, dafs die Lues schon seit den ältesten Zeiten die Menschheit heimsucht; davon gäben die frühesten Berichte von den Chinesen und Hindus, den Hebräern, Griechen und Römern Zeugnis — in China soll man schon 2637 Jahre vor Christus, also vor 4526 Jahren, die dualistische Natur des Schankers gekannt und gewufst haben, dafs Blennorrhoe und Syphilis nichts Gemeinsames haben. Während des ganzen Mittelalters finden wir wiederholt Berichte in der Literatur der verschiedenen Völker über eine venerische Affektion, welche in ihren Symptomen ganz der heutigen Lues entspricht, bis sie nach dem Jahre 1494 bekanntlich die verheerende Ausbreitung in ganz Europa annahm. Collings Meinung bezüglich der Schutzmafsregeln, welche jetzt energisch zu ergreifen wären, geht nun dahin, dafs vor allem das Publikum besser zu erziehen ist, als es bisher der Fall war, und dafs die halbe Schlacht gewonnen wäre, wenn es über Ansteckungsmöglichkeit und Übertragbarkeit der Lues ebensogut unterrichtet würde wie bei der Tuberkulose. Es müfste allgemein bekannt werden, dafs durch Küsse und durch alle Gebrauchsgegenstände die Möglichkeit vorliegt, Syphilis von einer Person auf eine andere (Kinder!) übertragen werden kann. Was nun die wichtige Frage betrifft, welche unmittelbar mit der Lues zusammenhängt, die Prostitution, so steht C. auf dem Standpunkte der Reglementierung und strengen sanitären Überwachung derselben, wenn er auch die bekannte Tatsache zugestehen mufs, dafs beinahe ebensoviel Schaden durch die geheime Prostitution angerichtet wird. Andererseits aber hält er es nur für gerecht (und darin mufs man ihm unbedingt zustimmen! Ref.), wenn auch die Männer, welche die öffentlichen Häuser besuchen, derselben strengen Untersuchung unterworfen werden wie die armen Insassen dieser Häuser! Folgen einige statistische Zahlen über die ungeheure Verbreitung der Lues in den Vereinigten Staaten. *Stern-München.*

Die Syphilis der Glasbläser hinsichtlich der Prophylaxe und der gesetzlichen Verantwortlichkeit, von Gailleton-Lyon. (*Lyon méd.* 1902. No. 49.) In den Glashütten blasen gewöhnlich drei Arbeiter direkt nach einander an einem und demselben heifsen Blasrohre. Dafs auf diese Weise ein syphilitischer Arbeiter sehr leicht seine Mitarbeiter infizieren kann, liegt auf der Hand. Um das zu verhüten, wäre es in erster Linie wünschenswert, dafs jeder Arbeiter sich zum Blasen stets eines ihm selbst gehörigen Mundstückes bedient; freilich würde der Gebrauch eines solchen den Fortgang der Arbeit beträchtlich verlangsamen. Unerläfslich ist es, dafs alle Glasbläser unter steter und eingehender ärztlicher Kontrolle stehen, dafs insbesondere die neu eintretenden Arbeiter wiederholt aufs genaueste untersucht werden, und dafs endlich in allen Glashütten über jeden einzelnen Arbeiter ein Gesundheitsjournal geführt wird. Die Arbeiter selbst müssen über die einschlägigen Fragen genau informiert werden. Unter keinen Umständen darf ein syphilitisch Infizierter in einer Glasbläserei arbeiten, bevor zwei Jahre seit der Infektion verflossen sind; bei rezidivierenden sekundären Erscheinungen mufs die Arbeit mehrere Monate lang ausgesetzt werden. Jeder bei der Arbeit infizierte Glasbläser mufs durch den Arbeitgeber in vollem Mafse schadlos gehalten werden. *Götz-München.*

Irrtümer in der Diagnose der Syphilis, von Matagne. (*Ann. policlin. centr.* 1902. No. 7.) Eine 46jährige Frau zeigte sich dem Verfasser wegen einer schmerzhaften Anschwellung des linken Fufses, an dem sich jederseits eine übelriechenden Eiter entleerende Fistel befand. Ferner war die rechte Brustseite vorn und hinten durchkreuzt von einer grofsen Zahl von Fisteln, die vielfach sich weit unter die Haut verfolgen liefsen, indessen nirgends auf rauhen Knochen führten. In der rechten Axilla fand sich ein taubeneigrofser, harter Tumor. Die Anamnese ergab, dafs vor etwa vier Jahren an der rechten Brustseite ein Tumor sich gebildet hatte, der hühnereigrofs war und die Patientin nicht genierte. Etwa ein Jahr später hatte sie Beschwerden bei der Defäkation, hervorgerufen durch Geschwulstbildungen am Rektum; sie machten mehrere Operationen notwendig und hinterliefsen eine Fistel. Nach den Operationen nahm die Geschwulst an der Brust rapide an Umfang zu; eine Abtragung wurde von den Ärzten abgelehnt, und es wurden Kauterisationen vorgenommen, die allmähliche Verödung herbeiführten und zu den zahlreichen Fisteln Anlafs gaben. Später kam dann die Fufsanschwellung. Die Untersuchung stellte ferner Leber- und Milzvergröfserung fest; der Allgemeinzustand war äufserst schlecht. — Differentialdiagnostisch kamen Carcinom und Tuberkulose kaum in Betracht, letztere nicht wegen des guten Zustandes der Lungen und der Entwicklung des Leidens; so konnte es sich nur um Syphilis gummosa handeln. Die entsprechende Therapie erzielte auch bald Heilung, am Fufse allerdings erst, nachdem sich unter schweren Entzündungserscheinungen ein gangränöses Knochenstück, das Kahnbein, abgestofsen hatte. — Anschliefsend an diesen Fall berichtet Verfasser kurz über einen Fall von Syphilis des Uterus, der klinisch und nach dem lokalen Befund durchaus sich als Collumkrebs darstellte, ferner über einen Fall von syphilitischer Pleuritis, in welchem nach viertägigem Gebrauch von Jodkalium ein bis an die Clavicula reichendes Exsudat völlig verschwunden war (!), sowie über zwei Fälle von Cephalalgia syphilitica.

A. Löwald-Wilhelmshöhe.

Über einige atypische Erscheinungen im Verlaufe sekundärer Syphilis, von Schönborn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 22.) Der erste Patient litt an Lues mit reichlichem kleinfleckigen, makulösen Exanthem. Nach sieben Inunktionen trat unter Fieber und Schüttelfrost ein scarlatiniformes Exanthem auf, das rasch abblafste und abschuppte (binnen acht Tagen), um nach acht Tagen nochmals wieder aufzutreten. Die Diagnose schwankte zwischen Scharlach und Quecksilbererythem.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine Quecksilberidiosynkrasie; das kräftige Mädchen, welches an kondylomatöser Lues litt, bekam nach jeglicher Art von Quecksilberapplikation (lokal, Inunktion, Injektion) heftige Beschwerden: Erythem, Ödem des Gesichts, Kribbeln in den Händen, Temperaturen. Nur Hydrargyrum oxydulatum fennicum, innerlich dargereicht, wurde vertragen, konnte aber auch das schnelle Auftreten von Rezidiven nicht verhindern. *F. Hahn-Bremen.*

Einige dunkle Punkte bei der Syphilis, in ätiologischer und pathologischer Beziehung, von Henry H. Koehler-Louisville. (*Louisville Journ.* Juli 1902.) Bringt nur längst Bekanntes. *M. Levor-Hamburg.*

Offenes Schreiben an Herrn Kollegen Dr. Hopf in Dresden.

Gestatten Sie, daſs ich Ihnen zuvörderst für die Referierung meiner in der *Hygien. Rundschau* (1902, No. 14) erschienenen „Vorschläge für die Zweite internationale Konferenz zur Prophylaxe der Syphilis und der venerischen Krankheiten zu Brüssel, 1. bis 6. September 1902“ verbindlichen Dank ausspreche. Sie haben in No. 4 dieser *Monatshefte* hervorgehoben, daſs ich mir die ärztliche Anzeigepflicht für die in Rede stehenden Krankheiten so eingeführt denke, daſs der Name des betreffenden Kranken geheim bleiben „müsse“. Sie waren so liebenswürdig, daran die in vieler Beziehung gewiſs gerechtfertigte Bemerkung zu knüpfen, daſs ich damit gerade den Begriff „geheime“ Krankheit stützen würde, und daſs diesen auszumerzen, nach Ihrer Ansicht Vorbedingung jeder ersprieſslichen Tätigkeit auf diesem Gebiete sei.

Ich gebe ohne weiteres zu, daſs es von groſsem Vorteile wäre, wenn wir Ärzte erziehlich so auf die Kranken und das Publikum einzuwirken in der Lage wären, daſs die Scheu vor der Preisgebung des Namens des Erkrankten nicht nur im allgemeinen schwinden, sondern auch im speziellen bei der Syphilis und den venerischen Krankheiten gänzlich aufhören würde. Ich habe mir erlaubt, in der Schrift zu betonen, auf welche Erfahrungen ich mich bei diesem Begehren gestützt habe; es scheint mir indes, daſs ich hierbei doch zu wenig deutlich gewesen bin.

Ich bitte nun zur Kenntnis zu nehmen, daſs ich allerdings die Anzeigepflicht verlange, daſs ich aber nirgends behauptete, daſs die Anzeige nur mit Geheimhaltung des Namens geschehen müsse. Im Gegenteil, es finden sich sogar in jenem Aufsatze Beilagen, welche ich mir als ausgefüllte Formularien nach durchgeführter Anzeigepflicht vorstelle, und in welchen eine Anzahl von Namen der Krankheitsträger angeführt sind. Ich habe nirgends eine Geheimhaltung des Namens empfohlen, sondern ich habe nur die Mittel angegeben, wie man trotz eventueller Weigerung der Kranken und der Ärzte, Namen anzugeben, eine brauchbare Anzeige an das Amt gelangen lassen kann. Ich wünsche mit keiner Silbe die Geheimhaltung, aber sie läſst sich in praxi schlechterdings nicht umgehen. Diese Erfahrung habe ich bei meiner mehrjährigen freiwilligen Arbeitszeit im Stadtphysikate Graz gemacht. Es besteht hier die Anzeigepflicht für nachstehende Krankheiten: Cholera, Blattern, Diphtherie, Keuchhusten, Masern, Röteln, Milzbrand, Rotz, Mumps, Rotlauf, akute Sepsis, Ruhr, Brechdurchfall (Cholera nostras), Varicella, Scharlach, Typhus, Kindbettfieber, kontagiöse Augenentzündung, kontagiöse Lungenentzündung und Influenza. Sie werden mir zugeben, daſs nicht nur die Führung der bezüglichen Bücher eine groſse Mühe für das Amt bedeutet, sondern auch dem praktischen Arzte,

und namentlich dem vielbeschäftigten, eine erhebliche Unbequemlichkeit bereitet. Es bedarf der ganzen Strenge von seiten des Amtes, damit die Durchführung dieser Anzeigen wenigstens in einem hohen Prozentsatze stattfindet. Ich kann Sie aber versichern, dafs man es nie erreichen konnte, noch jemals erreichen wird, diese gewifs nicht geheimen Krankheiten in allen Fällen zur Kenntnis des Stadtphysikates zu bringen. Wir konnten es im Amte oft genug erfahren, dafs Fälle von akuter Sepsis, von Cholera nostras, kontagiöser Lungenentzündung, ja selbst Scharlach erst durch den Totenbeschauer zu unserer Kenntnis gelangten. Nicht als ob diese Krankheiten an der Leiche diagnostiziert worden wären, sondern erst die Erhebungen führten den Totenbeschauer auf die richtige Spur. In anderen Fällen war es die Scheu vor dem Erscheinen der städtischen Sanitäts- und Desinfektionsmannschaft, welches namentlich in der sogenannten Praxis elegans um so eher vermieden wird, je mehr die Bildung und der hygienische Takt der betroffenen Familie dem Arzte solche Mafsregeln unnötig erscheinen lassen.

Es ist eben ein selbstverständliches, weil natürliches Bedürfnis so ziemlich jedweden Menschen nach aufsen hin als gesund, kräftig und wohlgeformt zu gelten. Der Schwerhörige, der Hinkende, der Bucklige, sie alle suchen ihre körperlichen Mängel durch Kleidung, durch entsprechendes Gebahren zu maskieren. Solch Bresthaften wird man selbst mit ciceronischer Beredsamkeit nicht die Überzeugung aufdrängen, dafs die Ausmerzung des Begriffes „geheime“ Krankheit mögliche Tat sei.

Wenn also nicht einmal bei höchst schuldlos erworbenen Übeln und ebensowenig bei akuten Infektionen eine prompte Bekennung erfolgt, so ist bei den in Rede stehenden geschlechtlichen Krankheiten ganz sicher zu erwarten, dafs die Durchführung der Anzeigepflicht auf Grund der Angabe des Namens, so wünschenswert sie ist, bei dem jetzigen Stande der Verhältnisse ein unerreichbares Ideal vorstellt.

Ich gebe Ihnen die Versicherung, dafs, vollkommene Menschen vorausgesetzt, ich den Begriff „geheime Krankheit“ ebenso perhorresziere, wie Sie, dafs man aber dermalen leider mit ihm noch rechnen mufs.

Genehmigen Sie den Ausdruck vorzüglicher Hochachtung, womit ich zeichne

ergebenst

Graz, am 28. Februar 1903. Dr. Ludwig Merk.

Berichtigung.

In Heft 5 *dieser Zeitschrift* ist zu lesen:

S. 217 Dr. Remlinger statt Rembinger.

S. 225 unter dem Verfassernamen Dr. Moritz Porosz (Popper) „emer. Universitätsassistenzarzt“, statt „emer. Universitätsassistent“.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 36. | No. 8. | 15. April 1903.

Aus der Dermatologischen Klinik des Prof. Reiss in Krakau.

Ein Fall von Neurofibroma cutis multiplex.

Von

Dr. F. v. Krzysztalowicz,
Privatdozent der Dermatologie in Krakau.

Mit 4 Abbildungen im Text.

Erst seit der Veröffentlichung der Arbeit v. Recklinghausens (1882) wissen wir, dafs viele Hautfibrome (fibroma molluscum) wirklich nervöser Herkunft sind, — wenn auch nicht alle Autoren darin einig sind, dafs alle unter diesem Namen bekannten Hautgeschwülste aus den Nervenscheiden sich entwickeln. Diese von den Nerven stammenden Fibrome (Neurofibrome) unterscheiden wir wieder von den wirklichen Neuromen, an deren Entstehung die Nervenfasern irgend eines Nervenstammes selbst teilnehmen, während bei den Neurofibromen die Geschwulst selbst — nach der bisherigen Auffassung — aus Bindegewebszellen besteht, welche durch Wucherung der Nervenscheiden entstanden sind.

Mit der Untersuchung dieser Neubildungen haben sich bisher die Chirurgen und Anatomen bedeutend mehr befafst als die Dermatologen, weil die betreffenden Kranken sich mit ihrem Leiden häufiger an die Chirurgen zu wenden pflegten — was durch das Krankheitsbild leicht erklärlich ist — oder die Anatomen solche Fälle auf dem Seziertisch fanden, da diese Tumoren am häufigsten zum Tode führten.

Der von mir in der Klinik des Herrn Prof. Reiss beobachtete Kranke meldete sich wegen eines Trippers. Erst die nähere Untersuchung der Haut zeigte die Veränderungen, welche im weiteren beschrieben werden sollen. Da die Krankheit gerade in ihren Anfängen war, so war uns die Gelegenheit geboten, die noch wenig entwickelten Veränderungen zu untersuchen.

Siegmund L., Musiker, 23 Jahre alt, laut Angabe bisher keine Krankheit überstanden. Seine Eltern starben im hohen Alter (70 J.). Patient

meldete sich in die Klinik am 16. II. 1902 wegen eines Trippers im subakuten Zustande. Über seine Hautaffektion weiſs Patient nicht viel anzugeben. In seinem neunten Lebensjahre will er gelbe Flecken zuerst auf der Haut des Halses bemerkt haben. Von dieser Zeit an sollen sich dieselben auf den Rumpf und um das 18. Lebensjahr auch auf die Extremitäten verbreitet haben. Knötchen in der Haut will Patient zuerst im Sommer 1901 bemerkt haben, kann aber über Zeit und Art ihrer Entstehung nichts Näheres angeben, auſser daſs sie ihm weder früher noch jetzt irgend welche Schmerzen verursachten.

Die erste Untersuchung der Haut zeigte: Auf der Haut des Halses, Brustkorbes und Bauches zahlreiche, lichtbraun gefärbte, hirse- bis pfennig-groſse Flecke, welche unregelmäſsig verteilt, dicht nebeneinander stehen, und ebensolche Flecke, aber in geringerer Zahl, an den Ober- und Vorderarmen und den Oberschenkeln. Von besonderer Gröſse sind die Flecke an den Hinterbacken (etwa 3 cm lang). Alle diese Flecke prominieren gar nicht über das Hautniveau und desquamieren nicht.

Nebst diesen Flecken machen sich hier und da noch andere Veränderungen bemerkbar, und zwar sind es bald bläulich-rote, linsengroſse Flecke, bald Knötchen von derselben Gröſse und Farbe. An der Auſsenfläche des linken Oberschenkels befinden sich drei solche Knötchen von Erbsengröſse. Sowohl die Flecke wie die Knötchen machten beim Befühlen den Eindruck, als wären diese Hautpartien aus weicherem Gewebe zusammengesetzt als ihre Umgebung. An der linken Hinterbacke fällt besonders ein Knoten von Haselnuſsgröſse in die Augen, welcher die Haut vorwölbt und samt der Haut verschieblich ist. Der Knoten ist von weicher, teigiger Konsistenz und läſst sich leicht tief in die Haut hineindrücken, so zwar, daſs man beim Drücken auf den Knoten den Eindruck hat, als werde eine Flüssigkeit in die Haut hineingepreſst, die dann nach Aufhebung des Druckes wieder den vom Druck befreiten Raum ausfüllt. Die den Knoten überziehende Haut unterscheidet sich durch ihre Farbe fast gar nicht von der Umgebung.

Die Diagnose lautete: Neurofibroma cutis multiplex.

Ein solches Bild bot die Hautaffektion im Augenblicke, als der Kranke in die Klinik aufgenommen wurde, und konnte man während der folgenden mehrmonatlichen Beobachtung weder in der Zahl, noch in der Gröſse der Knötchen irgend welche Änderung bemerken.

Um das klinische Bild vollkommener zu gestalten, als dies bisher in den Lehrbüchern der Dermatologie geschehen ist, muſs eine Übersicht der bisher bekannt gewordenen Fälle von Neurofibromen gemacht werden.

Aus allen diesen Beschreibungen geht vor allem hervor, daſs diese Fibromart in den ersten Lebensjahren auftritt; in einigen Fällen wurde nachgewiesen, daſs diese Neubildungen angeboren waren, in anderen wurde

sogar — auf Grund des Vorkommens ähnlicher Erscheinungen bei anderen Familienmitgliedern bald in aufsteigender, bald in absteigender Linie — die Vererbung dieses Leidens konstatiert. Für den angeborenen Charakter erklären sich ausdrücklich: MODRZEJEWSKI, KÖBNER, PAYNE, BOURGUET und LEGRAIN, GIRARD, FEINDEL und OPPENHEIM, MERKEN, DANLOS, ROLLESTON und MOGUIHAN. Viele Autoren stellen fest, daſs die Geschwülste in den ersten Lebensjahren aufgetreten sind, und wenn auch mehrere Fälle erst im späteren Alter zur Untersuchung gelangten, so sind diese doch seltener, denn die meisten fallen auf das Alter von 20—30 Jahren. Die Vererbung, also ähnliche Veränderungen bei den Eltern oder Geschwistern, erwähnen: HEYDWEILER; LÖWENSTEIN, KÖNIGSDORF (bei Mutter und drei Schwestern), PHILIPPSON, COLLET und LACROIX, PICQUÉ und MERKEN. Die Mehrheit der Autoren, welche diese Hauterkrankung an Lebenden beobachteten (denn es liegt auch eine Reihe von Arbeiten über rein anatomische Beobachtungen vor), betrachtet somit die Neurofibrome als angeborene und nicht selten auch hereditäre Neubildungen.

In unserem Falle konnte die Heredität seitens der Eltern oder eine ähnliche Erkrankung bei den Geschwistern nicht nachgewiesen werden; — dagegen konnte ich feststellen, daſs der Krankheitsprozeſs schon im frühen Lebensalter begann, denn sofern Patient sich entsinnen kann, waren die Pigmentflecken schon im neunten Lebensjahre deutlich ausgeprägt. Über die Knötchen aber, auf welche ich ihn erst aufmerksam machte, konnte Patient überhaupt nichts, somit auch nicht die Zeit ihrer Entstehung mitteilen.

Was die Geschwülste selbst betrifft, so bieten dieselben nach Form und Zahl verschiedene klinische Bilder. Am häufigsten fand man eine groſse Zahl von Knoten; Fälle mit nur etlichen, mehreren Knoten waren selten; dagegen war manchmal die Knotenzahl enorm groſs (MODRZEJEWSKI, HASSELBECK, BOURGUET und LEGRAIN geben an gegen 3000). Die Neubildungen sind meist auf der Hautoberfläche beinahe des ganzen Körpers gesät, am zahlreichsten sind sie jedoch gewöhnlich am Rumpfe, weniger zahlreich an den Extremitäten.

Auch nach Form, besonders aber nach Gröſse, stellen diese Geschwülste groſse Verschiedenheit dar. Während die einen in von kaum linsengroſsen Flecken auftreten, erreichen die anderen Haselnuſsgröſse (wie in unserem Falle) und nicht selten sogar Menschenkopfgröſse (DESQUIN z. B. beschreibt einen Knoten, der 17 kg schwer war). Manche prominieren gar nicht über das Hautniveau, andere wölben die Haut als platte Knötchen vor oder bilden gestielte Gebilde.

Die Knötchen der kleinen Flecken sind meist bläulich oder gelblichrot gefärbt, die gröſseren haben normale Hautfarbe, zuweilen sieht man an der Spitze gröſserer Knötchen einen Comedo, wie ich dies in unserem

Falle an einem Mollusken auf der Hinterbacke sah und dies auch RILLE, MONAT und KARWOWSKI erwähnen.

Schon die Farbe allein zeigt — besonders bei den Fleckenformen — zum Teil den Sitz der Neubildungen an; beim Betasten fühlt man, daſs sie tief in der Haut, etwa unter der Cutis, ihren Sitz haben und samt der Cutis verschieblich sind. Einige Autoren beschreiben Knoten, welche deutlich auf Nervenstämmen saſsen, was in unserem Falle nicht zu beobachten war, daher ich auch in dieser Beziehung nicht urteilen kann. Alle Knötchen und anfänglichen Flecke, welche ich bei diesem Falle beobachtete, lieſsen sich in der Haut als sehr weiche, mit der Haut verschiebliche und vom normalen Gewebe ziemlich eng eingeschlossene Gebilde fühlen.

Die Konsistenz der Knoten, besonders des gröſsten, war eine derart weiche, daſs man beim Berühren den Eindruck hat, als könnte der Finger ganz unbehindert tief in die Haut eindringen; in dem gröſsten Knoten lieſs sich eine scheinbare Fluktuation nachweisen. In der betreffenden Literatur weisen auch viele Autoren auf diese besondere Weichheit der Geschwülste hin: HALLOPEAU vergleicht sie mit den Angiomen; in dem von SHERWELL beschriebenen Falle machte ein Knoten den Eindruck eines Cystoms; PHILIPPSON und TAYLOR schreiben, daſs beim Befühlen dieser Gebilde der Finger wie in eine Hautöffnung hineinfiel; JAQUEAU bezeichnet die Konsistenz dieser Gebilde als ein Mittel zwischen Lipom und Hautemphysem; MOWAT vergleicht sie mit der Weichheit des Lipoms, und HEIDINGSFELD betrachtet die weiche Konsistenz als Merkmal, durch welches sich diese Fibromart (nervöser Herkunft) von den gewöhnlichen Fibromen unterscheidet. In dem von DANLOS beschriebenen Falle waren alle Mollusken weich, von besonderer Weichheit aber war ein gröſserer (haselnuſsgroſs) an der Hinterbacke, — also wie in unserem Falle.

Endlich ist zu bemerken, daſs die Knötchen in unserem Falle dem Kranken gar keinen Schmerz verursachten und nicht nur beim Betasten gar nicht schmerzempfindlich waren, sondern die Sensibilität der Haut über dem gröſsten Knoten herabgesetzt zu sein schien. Von Schmerzempfindlichkeit der Knoten sprechen nur diejenigen Autoren, welche mit Nervenstämmen deutlich zusammenhängende Knoten an Lebenden beobachteten. Bei DUHRING und BRONSON fand ich nur eine Erwähnung von anfallsweise von Zeit zu Zeit eintretendem Schmerz. In unserem Falle waren — wie erwähnt — keine mit Nervenstämmen zusammenhängende Gebilde und waren auch keinerlei Erscheinungen erhöhter Schmerzempfindlichkeit der Haut über den Gebilden oder dieser selbst zu beobachten.

Ein solches Bild bieten die einzelnen Flecken, Knötchen und groſsen Knoten, ihre Zahl und Anordnung auf der Hautoberfläche kann — wie erwähnt — verschieden sein, ohne irgend welchen Regeln zu unterliegen,

und die Art, wie sie zuweilen die ganze Körperfläche mit einer unzähligen Menge kleinerer und gröfserer, mannigfach gestalteter Geschwulstknoten bedecken, kann dem Körper einen geradezu monströsen Anblick verleihen.

Zur Ergänzung des allgemeinen klinischen Bildes gehören noch die gewöhnlich vorkommenden zahlreichen Pigmentflecken von verschiedener Gröfse und Farbe des Milchkaffees. In unserem Falle nahmen die Flecken einen beträchtlichen Teil der Hautoborfläche ein, und zwar von der oberen Halsgrenze an bis an die Oberschenkel, wo sie — ebenso wie an den oberen Extremitäten — weniger zahlreich waren. Bei den meisten publizierten Fällen wurden die Flecken gleichfalls gefunden und werden dieselben auch von den meisten Autoren als eine zum klinischen Bilde dieser Erkrankung mit angehörende Erscheinung betrachtet.

Aufserdem möchte ich noch erwähnen, dafs ich im obigen Falle noch einige kleine Naevi molles, wie auch ganz kleine Angiome gefunden, eine Erscheinung, auf welche auch Köbner, Pomorski, Heller u. a. aufmerksam machen; Girard behauptet sogar, dafs die Neurofibrome niemals allein auftreten, sondern stets durch irgend eine auf Entwicklungsstörungen beruhende Hautaffektion kompliziert werden. Letzterer, wie auch Garrè, Thomson, Oriot, Rolleston weisen auf das verhältnismäfsig häufige Auftreten von Sarkomen in solchen neurofibromatösen Knoten.

Unter den in der Literatur angeführten Fällen von derartigen Fibrombildungen kommen bei vielen beobachteten Fällen gewisse allgemeine Störungen vor, welche die Autoren mehr oder weniger eng mit den eigentlichen Erscheinungen der Hautaffektion verknüpfen, indem sie die letztere in gewissen Fällen von jenen abhängig machen. Am häufigsten wird die Neurasthenie und herabgesetzte Intelligenz erwähnt, Erscheinungen, welche von den meisten Autoren als zum Krankheitsbild gehörend betrachtet werden. Andere erwähnen Entwicklungsstörungen des Knochensystems: Bennati beobachtete Asymmetrie des Schädels, Audry und Haushalter Krümmungen der Wirbelsäule, bei dem Kranken des letzteren existierten aufserdem Epilepsie und Lähmung der unteren Extremitäten. In dem von Payne beschriebenen Falle kam es bei einem psychisch völlig normalen Kranken zur Parese der motorischen Nerven (Muskelschwäche). In unserem Falle bestand nebst schwachem Körperbau und mäfsigem Ernährungszustande nur noch ziemlich bedeutende Neurasthenie, sonst aber keine Störungen, welche von irgend welchen Veränderungen der Nervenzentren oder der peripherischen Nerven zeugen könnten.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde ein Knötchen aus der Ellenbogenbeuge, zwei anfängliche vom Brustkorbe und der oben beschriebene haselnufsgrofse Knoten an der Hinterbacke ausgeschnitten, dann mit Alkohol, Flemmingscher Flüssigkeit und Müllerscher Lösung behandelt.

Schon makroskopisch zeigten diese Hautausschnitte besondere Eigentümlichkeiten. Vor allem wurden beide Knötchen — sowohl das kleine von der oberen Extremität, wie auch das grofse von der Hinterbacke — gleich nach dem Ausschneiden ganz platt, das letztere verfiel sogar unter das Hautniveau. Auf dem Durchschnitte sowohl der Knötchen wie der Flecken sah ich ein tief in der Haut liegendes, deutlich begrenztes, weiches Gebilde von nur ein wenig anderer Farbe als die Umgebung — was an (sogar ungefärbten) Schnitten noch deutlicher hervortrat.

Bei schwacher Vergröfserung lag das fast ganz scharf abgegrenzte Knötchen in der eigentlichen Haut in der Weise, dafs sowohl die Schweifs-

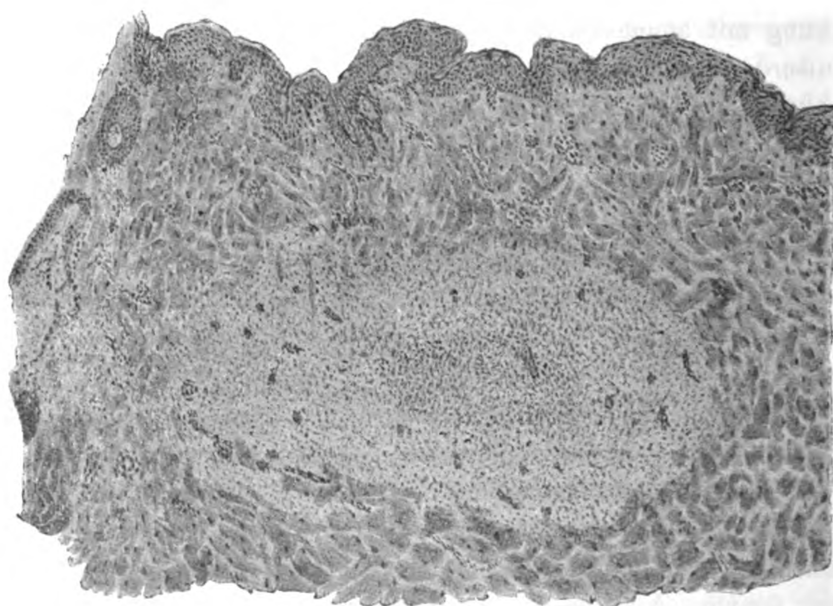


Fig. 1.

Ein Fleck aus der Haut des Brustkorbes. — Vergr.: AA. Oc. 1. Zeiss. — Färbung: Neutrales Orceïn, Polych. Methylenblau, Glycerinäthermischung. — Das Neugebilde hebt sich deutlich durch die differente Gewebsart gegen die umgebende normale Lederhaut ab; der Haarbalg etwas seitwärts verschoben.

knäuel als auch die Endigungen der Haarbälge auf gleichem Niveau mit seiner unteren Grenze zu liegen kamen. Es ist somit daraus zu schliefsen, dafs das Knötchen etwa im unteren Teile der eigentlichen Haut oder an der Grenze der Cutis oder des subcutanen Gewebes entsteht und dann nach aufwärts steigt, indem es das Kollagen auseinanderrückt, so dafs grofse Knötchen bis an die Papillarschicht heranreichen können, obwohl die Papillen selbst und das sie bedeckende Epithel in keinem Knötchen beschädigt war (Fig. 1).

Das Knötchen selbst stellt ein weiches, von der Umgebung — wie erwähnt — sich scharf abhebendes, einheitliches Gewebe dar, welches nur

von ziemlich zahlreichen Gefäſsen durchzogen ist. Schon bei schwacher Vergröſserung sieht man, daſs das Gewebe des Knötchens aus sehr zahlreichen Zellen und sehr spärlichem Kollagen besteht, welches sich — wenn auch schwach — mit basischen Farbstoffen färbt. In diesem Kollagen liegen dicht nebeneinander die Bindegewebszellen, welche sich dadurch auszeichnen, daſs ihre Kerne bläschenförmig, wenig körnig sind, sich mit basischen Farben schwächer färben als in gewöhnlichen Bindegewebszellen und ihr Cytoplasma meist spongiös ist (Spongioblasten). Die Form der Zellen ist mannigfach: die einen sind gedehnt, gerade, oder nach verschiedenen Richtungen gekrümmt, die anderen sind mehr abgerundet, wieder andere sind mehreckig und mit Ausläufern versehen. Im ganzen erinnert also das Gewebe des Knötchens an das Granulationsgewebe, von welchem es sich nur durch diesen — sehr wichtigen — Umstand unterscheidet, daſs es weder Plasmazellen noch Leukocyten enthält, welche im

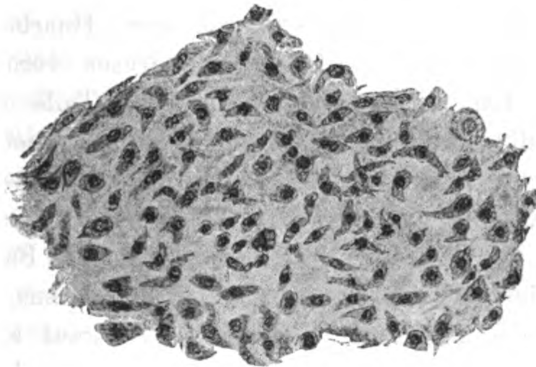


Fig. 2.

Ein Fleck vom Brustkorbe. — Vergr.: Immersion, Oc. 2. Zeiss. — Färbung: Polych. Methylenblau, Glycerinäthermischung. — Mannigfache, das Knötchen zusammensetzende Zellenformen.

Granulationsgewebe so oft vorkommen. Zugleich muſs auch bemerkt werden, daſs dieses Zellgewebe keine Tendenz zeigt, Fasern zu bilden, wie dies im jungen Bindegewebe gewöhnlich beobachtet wird; im Gegenteil ist hier die Fasersubstanz sogar in älteren, groſsen Knötchen so spärlich, daſs man sie kaum sieht, und behalten die Zellen dieselben Eigenschaften wie in einem Anfangsknötchen (Fig. 2).

Elastische Fasern fehlen im neugebildeten Gewebe ganz — nur hier und da kann man einzelne sehr feine, am Rande des Knötchens liegende Fasern sehen, welche — wie dies auch Soffiantini nachgewiesen hat — sich mit saurem Orceïn deutlich färben; doch sprechen die meisten Autoren von gänzlichem Fehlen der elastischen Fasern im Knötchen. Das Vorkommen einzelner elastischer Fasern läſst sich dadurch erklären, daſs das neoplasmatische Gewebe in das Kollagen hineinwächst, welches dadurch

auseinander geschoben wird, so daſs einzelne Bündel desselben, die auch elastische Fasern enthalten, sich — besonders in den ersten Entwicklungsstadien der Neubildung — innerhalb des Knötchens finden können.

Dadurch wird auch ein gewisser Unterschied erklärt, welcher zwischen der Umgebung eines frischen und der eines älteren Knötchens besteht. Während im Anfange das auseinander geschobene Kollagen sich in der Umgebung zusammendrängt, aber keine deutliche Hülle bildet, ist die faserige Hülle im späteren Knötchen viel ausgeprägter und das Knötchen grenzt sich gegen dieselbe viel schärfer ab. In einem frischen, als Fleck auftretenden Gebilde kann man an manchen Stellen eine scharfe Grenze zwischen dem neugebildeten Gewebe und der eigentlichen Haut sehen, an anderen dagegen tritt das Kollagen von der Peripherie her in das Gewebe des Knötchens ein, so daſs die Grenze teilweise verwischt wird.

Ebenso wie das Kollagen verdrängt der heranwachsende Knoten auch die Drüsen und Haarbälge gegen die Peripherie hin, so daſs man an der Peripherie der Geschwülste stets Schweiſsknäuel, Haarbälge mit Drüsen und glatte Hautmuskeln findet. Die Knäueldrüsen verlaufen meist unregelmäſsig — ihre Knäuel liegen oft im unteren Teile des Knotens, zuweilen unter demselben vom neugebildeten Gewebe umgeben, welches den zusammengewundenen Gang umwächst und auch zwischen die einzelnen Windungen hineinwächst, dieselben von einander entfernend; die Lumina sind oft erweitert. Der Ausführungsgang ist in solchen Fällen geschlängelt und verläuft parallel mit der Peripherie des Knötchens, gleichfalls vom neugebildeten Gewebe umgeben. Unna macht darauf aufmerksam, daſs infolge des Hineinwachsens des Gewebes zwischen die Knäuelwindungen — wodurch der ungerade Verlauf des Ganges bedingt wird — Verengerungen und Erweiterungen seines Lumens entstehen, was man an gut gelungenen Schnitten wirklich sehen kann.

Im groſsen Knoten (von der Hinterbacke) beobachtete ich in der Mitte eine Knäueldrüse mit etwas erweiterten Gängen, die von einander bedeutender entfernt waren als im normalen Zustande. Das Endothel bot keine deutlichen Veränderungen.

Alle Autoren, welche Gelegenheit hatten, derartige Knötchen zu untersuchen, fanden mehr oder weniger dieselbe Gewebsart, — die einen betonen die groſse Zahl fast bloſser Zellen, die anderen sprechen von fibrösem Bindegewebe, das an Zellelementen sehr reich ist, Der Unterschied rührt von der Gröſse des Knötchens her, welches der betreffende Autor zur Untersuchung nahm. In gröſseren, also vermutlich früher entwickelten, älteren Knötchen beobachtet man zwar dieselbe groſse Zahl der Zellelemente, doch ist hier die Zahl der spindelförmigen Zellen gröſser als in den kleineren Knötchen.

Zwischen diesen zahlreichen Zellen kann man verhältnismäſsig sehr

zahlreiche Mastzellen (Ehrlich) sehen, welche sich durch ihren deutlichen großen Kern, ihr gewöhnlich reichliches Cytoplasma und ovale Form auszeichnen und an Größe die übrigen, sie umgebenden Zellen übertreffen — was im weiteren noch besprochen werden soll.

Innerhalb des Knötchens sind leicht die zahlreichen, sehr kleinen Blutgefäße zu finden, deren ödematöses Endothel deutlich in das Gefäßlumen hineinragt und sich mit basischen Farbstoffen intensiver färbt als die umgebenden Zellen. In den Wänden mittelgroßer Gefäße sieht man auch glatte Muskelzellen, wie auch elastische Fasern.

Die größte Gefäßmenge fällt vor allem im größten Knötchen auf, innerhalb dessen die Blutgefäße erweitert sind, während außerhalb desselben, und zwar in der umgebenden Haut sowohl oberhalb, wie auch unterhalb des Knötchens, zwischen den Kollagenbündeln zahlreiche, bedeutend erweiterte, unregelmäßige Räume sich befinden, welche kein Endothel besitzen. Diese Räume machen es erklärlich, daß der Knoten sich so leicht in die Haut hineindrücken läßt und nach dem Ausschneiden verfällt.

Das Interessanteste bei derartigen Geschwülsten ist ohne Zweifel der Gehalt an Nervenfasern, deren Anordnung und Zahl, deren Verhältnis zu den die Geschwulst zusammensetzenden Zellen. Die diesbezüglichen Anschauungen verschiedener Autoren gehen sehr auseinander. Fast alle fanden in den Geschwülsten Nervenfasern, während aber die einen der Theorie Recklinghausens beistimmen, wollen dagegen die anderen den Nerven keinerlei Rolle im Entstehungsprozesse dieser Gebilde zukommen lassen. Man könnte demnach alle Autoren, welche in dieser Frage das Wort ergreifen, in solche einteilen, welche entweder die Nerven gar nicht suchten oder solche nicht fanden, und solche, welche Nerven fanden, denselben aber verschiedene Bedeutung zuschrieben, somit also neue Theorien konstruieren oder sich den schon existierenden anschließen.

Recklinghausen war der erste, der die multiplen Fibrome der Haut als Neurofibrome bezeichnet hat, indem er behauptet, daß dieselben von den bindegewebigen Scheiden der in der Haut verlaufenden Drüsengänge und Nerven ausgehen.

Bald nachher werden ähnliche Fälle von Modrzejewski und Pomorski publiziert, welche die Behauptung Recklinghausens bezüglich der Herkunft dieser Fibrome bestätigen. Die gleiche Meinung wurde — auf Grund der gefundenen Nerven — auch von Hasselbeck, Kohtz, Audry und Fabre, Schwimmer, Heller, Thomsen und Alexander ausgesprochen, und Cimmino stimmt der Theorie Recklinghausens bei auf Grund der klinischen Erscheinungen und der histologischen Struktur der Knötchen, ohne sich zu bemühen, in denselben Nerven nachzuweisen.

Dühring fand in einem Falle auf histologischem Wege ein Neuroma amyelinicum, Philippson beschreibt das Knötchen als fibröses, an Nerven-

fasern reiches Gebilde. DELORE und PICQUÉ behaupten, daſs in den Knötchen stets normale Nerven existieren, deren bindegewebige Scheide dagegen wuchert und die Nervenbündel in einzelne Fasern trennt. UNNA stimmt in seiner erschöpfenden Beschreibung, die oben schon erwähnt wurde, mit RECKLINGHAUSEN und KRIEG überein und macht überdies noch auf den Umstand aufmerksam, daſs die Wucherung des Bindegewebes zwischen den Nervenfasern primär, die in der Umgebung der Haarbälge, Drüsen und Gefäſse sekundär ist.

Die gröſste Bedeutung wird den Nerven von WESTPHALEN, KYRIELEIS, ORIOT und MERKEN zugeschrieben. Nach der Auffassung dieser Autoren bilden die Nervenscheiden immer den Ausgangspunkt, die Anhangsgebilde der Haut nehmen erst später an dem Prozesse teil.

BRIGIDI, welcher nebst den Fibromen der inneren Organe auch solche der Haut beschreibt, spricht sich gleich UNNA dahin aus, daſs dieselben vom Bindegewebe der Hautnerven ausgehen, daſs die Wucherung des Bindegewebes sich nicht bloſs auf diese allein beschränkt, sondern auch das Bindegewebe der Umgebung mit begreift und so immer gröſsere Knoten bildet, wobei die Nervenfasern dem Schwunde verfallen. SOLDAN weist in seiner Arbeit nach, daſs die Fibromatose der Hautnervenhüllen der primäre Prozeſs ist (wobei die Nerven selbst sich passiv verhalten) und erst sekundär die Fibromatose der Umgebung sich entwickelt, welche höchstwahrscheinlich von den Blutgefäſsen, vielleicht auch von den Lymphgefäſsen ausgeht. Die Beteiligung der Hautdrüsen und der Haarbälge an diesem Prozesse wird von ihm ganz in Abrede gestellt.

DU MESNIL und später MALHERBE sind der Meinung, daſs nicht immer die Nervenscheiden, sondern zuweilen auch das die Drüsen und Haarbälge umgebende Gewebe den Ausgangspunkt der Geschwülste bilden, behaupten aber zugleich, daſs die Gefäſse an diesem Prozesse immer aktiven Anteil nehmen.

DARIER untersuchte die Knoten im Falle von HALLOPEAU und meint, man müsse die Gebilde, welche sich in den Nerven — aus dem zwischen den Nervenfasern liegenden Gewebe — entwickeln (Neurofibroma), von jenen Knötchen fern halten, welche in der eigentlichen Haut entstehen und in welchen die nachweisbaren Nerven stets ihre Scheiden behalten. Somit widerstreitet er prinzipiell der Theorie RECKLINGHAUSENS.

COLLET und LACROIX fanden eine Vergröſserung der Nervenstämme, schreiben aber dem Nervensystem keine vorzügliche Bedeutung zu. GARRÈ und RAMOND beobachteten zwar bei ihren Fällen Nerven, welche mit gewuchertem Gewebe umgeben waren; dennoch meint ersterer, daſs nur kleine Knötchen von den Nervenscheiden ausgehen, ohne daſs sich Nervengewebe neubildet; der andere zweifelt überhaupt, ob aus dem die Nerven umgebenden Gewebe Geschwülste sich bilden können.

Tailhefer betrachtet in seinem Falle die angeborenen Fibrome als rein fibröse Gebilde, die mit den Nerven nichts zu tun haben, und Jeanselme schreibt, daſs er die Nerven, Drüsen, Haarbälge und Gefäſse vollständig unverändert fand.

Delore, welcher Nervenfasern im Knoten und Schweiſsknäuel im neugebildeten Gewebe nachgewiesen hat, schlägt für die Gebilde die Benennung Hidradeno-neuro-fibrome vor.

Payne fand Nerven nur in der Umgebung des Knötchens, Löwenstein konnte gleichfalls mittels der Weigertschen Methode keine Nerven im Knötchen nachweisen und stimmt daher Rindfleisch bei, welcher sagt: „Es ist zweifelhaft, ob das Fibroma molluscum multiplex zu den neurovegetalen Geschwülsten gehört“, — und macht zugleich die Annahme, daſs dieses Gebilde aus dem Gerüst des Fettgewebes sich entwickelt. Monat, der gleichfalls keine Nerven im Knötchen sah, nimmt an, daſs diese Gebilde eher von den Haarbälgen und Hautdrüsen als von den Nervenscheiden ausgehen.

Was nun endlich die Frage nach der Art der Entstehung der Knötchen betrifft, so erklären dieselbe einige Autoren, wie Pilliet und Mauclaire, Rolleston, durch die Annahme einer embryonalen Entwicklungsstörung des Mesoderms, andere des Ektoderms. Für die letztere Theorie tritt besonders Girard ein, indem er darauf hinweist, daſs die Krankheit in Begleitung von Dermatosen auftritt, welche gleichfalls auf Entwicklungsanomalien des Ektoderms beruhen. Die gleiche Auffassung vertritt auch Feindel (mit Oppenheim), welcher dieses Leiden auf Grund dieser Theorie sogar Ectodermfibromatosis benennen will.

Hallopeau endlich zählt diesen Prozeſs zu der groſsen Gruppe: Dystrophie congenitale de la peau.

Die meisten Autoren haben groſse Knoten untersucht, welche sie entweder auf dem Seziertisch antrafen oder lebenden Kranken entnahmen, welche sich operieren lieſsen, um die ihnen Schmerz verursachenden Knoten zu beseitigen. Unser Fall dürfte daher ein um so gröſseres Interesse bieten, da wir es mit einem nur wenig vorgerückten, zum mindesten einem sich langsam entwickelnden Prozesse zu tun haben. Die Untersuchung der Nerven bei einem solchen Falle — wo die Neubildungen noch sehr klein, jung sind, manche kaum in der Form von Flecken sich darstellen — muſs freilich irgend welche sicherere Resultate ergeben, aus welchen auch sicherere Schluſsfolgerungen in Bezug auf die Herkunft der Neubildungen gezogen werden können. Daher nahm ich auch zu dieser Untersuchung — bei der ich mich der Weigertschen Methode bediente — die kleinste, jüngste Geschwulst, welche am Brustkorbe kaum in der Form eines bläulichen Flecks sich erkennbar machte.

Der histologische Bau dieses kleinsten Gebildes unterschied sich durch

nichts von dem größerer Knötchen; die das Gebilde zusammensetzenden Zellen zeigten die oben geschilderten Formen und zwischen denselben sah ich deutlich Nervenfasern.

Vor allem fällt auf den ersten Blick auf, daſs die Zahl der Nervenfasern im Knötchen selbst und in seiner Peripherie gröſser ist als in der übrigen normalen Haut. Dies könnte dadurch erklärt werden, daſs dieses Knötchen unmittelbar an einem Haarbalge lag, zu welchem zahlreiche

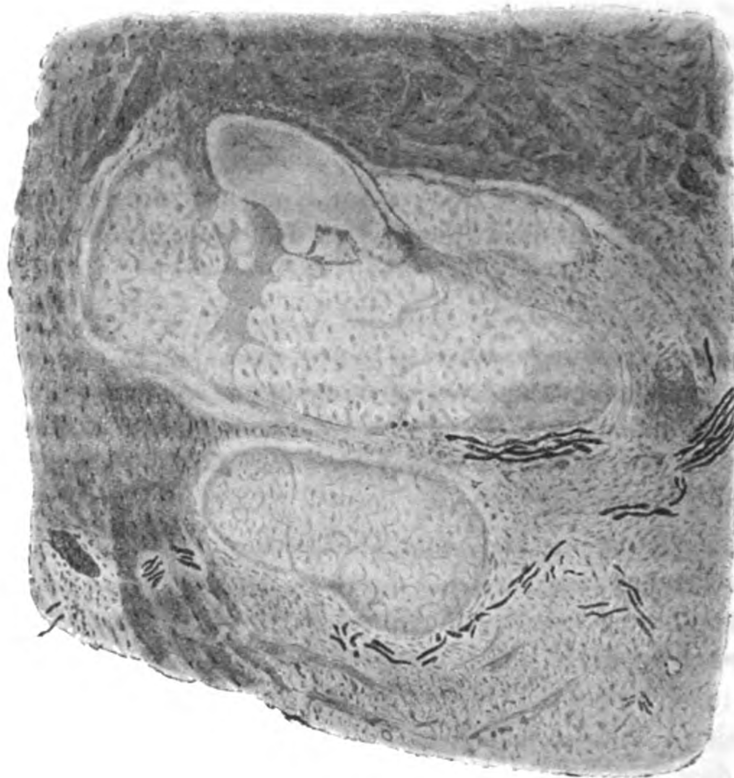


Fig. 3.

Ein Fleck vom Brustkorbe. — Vergr.: DD. Oc. 2. Zeiss. — Wfigert'sche Färbung. — Am dunkelsten gefärbt sind die Nervenfasern, welche zu Haarbalg und Talgdrüse treten und im Knötchen sich auflösen. Kollagen dunkel, Knötchenparenchym hell gefärbt.

Nervenfasern samt den an dieser Hautstelle gewöhnlich zahlreichen Blutgefäſsen zuliefen. Zweitens scheinen die einzelnen Fasern verdreht zu sein, so daſs sie vom Schnitte mehrmals getroffen werden, und dadurch auch zahlreicher erscheinen müssen. Endlich ist es auch möglich, daſs die Neubildung sich aus einem gröſseren Bündel, als die Nervenfaserbündel in der Umgebung, sich entwickelt und daſs dies Nervenfaserbündel durch Färbungen sich im Zellgewebe des Knötchens leichter nachweisen läſst als im Kollagen, zwischen dessen Fasern die Nerven der Haut ge-

wöhnlich verlaufen. Somit wäre die gröſsere Zahl der Nervenfasern nur eine scheinbare, — ich bin keineswegs der Meinung, als könnte hier Neubildung von Nervenelementen stattfinden, ich nehme vielmehr an, daſs die Geschwulst aus einem an Fasern reicheren Nervenfaserbündel ausgeht, als es die Bündel in der Umgebung sind.

Die Verteilung der Nervenfasern war je nach dem Schnitte verschieden. In manchen Präparaten sah man ein aus mehreren Fasern be-



Fig. 4.

Ein Fleck vom Brustkorbe. — Vergr.: DD. Oc. 2. Zeiss. — Weigertsche Färbung. — Am dunkelsten gefärbt ist das Nervenfaserbündel, welches sich im oberen Teile in Fasern auflöst. Kollagen grenzt sich von dieser Seite her ziemlich deutlich vom Knötchen ab, ohne jedoch eine Kapsel zu bilden.

stehendes Nervenbündel in das Knötchen eintreten, in welchem die Fasern auseinander geschoben werden. In anderen findet man mitten im Knötchen ein deutliches Nervenfaserbündel und neben demselben einzelne Fasern, welche gegen die Peripherie zu mehr oder weniger auseinander gehen. In noch anderen laufen Nervenfasern von den Nerven des Haarbalges oder der Hautdrüsen in das Knötchen selbst. (Fig. 3.)

An Schnitten, welche den Rand des Knötchens trafen, also Stellen, wo die Zellen zwischen den teilweise schon auseinander gerückten Kollagen-

bündeln noch sehr spärlich sind, beobachtet man nicht selten sogar je etliche Nervenfaserbündel neben Blutgefäfsen; einzelne Fasern sind aber fast keine zu finden. An Schnitten dagegen, welche in die Mitte des Knötchens fallen, befindet sich gewöhnlich näher der Mitte des Knötchens ein gröfseres Nervenfaserbündel mit etwas auseinander gerückten Fasern und daneben etliche einzelne, verschieden vom Schnitte getroffene Fasern. (Fig. 4.)

Das Verhältnis der Nervenfaserbündel und Nervenfasern zum Parenchym des Knötchens ist ebenfalls je nach dem Schnitte verschieden. In der Peripherie, wo man — wie erwähnt — sogar etliche Nervenfaserbündel finden kann, beobachtet man sowohl an Längs- wie auch an Querschnitten derselben Bündel — nebeneinander liegende Fasern, welche durch keine Geschwulstzellen von einander getrennt sind. Je näher der Mitte der Geschwulst, desto häufiger werden die Bündel mit durch Zellen getrennten Fasern, bis endlich einzelne Nervenfasern in das Parenchym des Knötchens hineinwachsen. Manchmal beobachtet man an ein und demselben Schnitte ein Nervenfaserbündel, welches mit parallel laufenden Fasern in das Knötchen eintritt, dann aber in einzelne Fasern sich auflöst, welche durch Geschwulstzellen von einander getrennt oder von denselben umwachsen sind. Dabei ist zu bemerken, dafs die Nervenfaserbündel zumeist ganz normal waren und ihre gewöhnliche Scheide behielten, welche sich von der Umgebung deutlich abgrenzte — was man aber nicht mehr dort beobachten konnte, wo das Bündel schon in einzelne Fasern aufgelöst war.

Ein solches Bild boten die Nerven und ihr Verhältnis zur Umgebung in den wenig entwickelten, kaum als Fleck wahrnehmbaren Geschwülsten; in den verhältnismäfsig grofsen Knoten (an der Hinterbacke) dagegen konnte ich fast gar keine Nerven nachweisen. Auf diese Tatsache hat Recklinghausen aufmerksam gemacht, und er suchte dieselbe durch den späteren Schwund der Nervenfasern zu erklären. Auch von den späteren Autoren wurde diese Erscheinung beobachtet.

Aus diesem ganzen anatomischen Bilde könnte man auf die Art der Entstehung dieser Geschwülste schliefsen. Ich mufs jedoch bemerken, dafs ich hier nicht von solchen Gebilden sprechen will, welche auf kleineren oder gröfseren Nervenstämmen sitzen, und deren Zusammenhang mit den Nerven sich schon makroskopisch nachweisen läfst, denn solche habe ich im geschilderten Falle nicht gefunden. Ich will blofs aus dem histologischen Bilde der oben beschriebenen Hautgeschwülste die sich daraus ergebenden Schlufsfolgerungen bezüglich der Art der Entstehung ziehen.

Vor allem wäre nun darüber zu entscheiden, ob die Nerven bei diesem Prozesse jene Bedeutung haben, welche ihnen Recklinghausen zuschrieb, ob diese selbst oder ihre Scheiden den Ausgangspunkt der Geschwulst bilden? Betrachtet man die Anwesenheit der Nerven in der

Geschwulst (sogar scheinbar in gröfserer Zahl als in der umgebenden Haut), die Anwesenheit sowohl ganzer Nervenfaserbündel wie auch einzelner Fasern; betrachtet man ferner das Verhältnis derselben zu dem sie umgebenden neugebildeten Gewebe des Knötchens — so wird es nicht als zu gewagt erscheinen, übereinstimmend mit Recklinghausen zu behaupten, dafs das interfibrilläre Gewebe der Nerven und höchstwahrscheinlich auch das die Nervenfaserbündel umgebende Bindegewebe an einer gewissen Hautstelle zu wuchern beginnt und indem die Wucherung immer mehr anwächst, die Nervenfasern auseinander gerückt werden und zugleich das Knötchen in der Haut gebildet wird. Das in der Haut um die und zwischen den Nerven sich neubildende Gewebe schiebt das Kollagen auseinander und bildet mit der Zeit eine Art Kapsel um die Geschwulst, die sich dadurch immer deutlicher von der Umgebung abgrenzt. Daher sieht man in ganz kleinen Gebilden anfangs am Rande noch ganz kleine feine Kollagenbündel und elastische Fasern, während man um gröfsere Geschwülste eine deutliche Kapsel sieht.

Für diese Behauptung, dafs nämlich solche Fibrome in der Tat von den Nervenscheiden stammen, spricht auch aus dem histologischen Bilde die Gewebsart, welche das Knötchen bildet. Dieselbe besteht nämlich aus verschiedenförmigen Bindegewebszellen, welche sich von der Granulation durch das Fehlen der Plasmazellen und der Leukocyten und besonders durch diesen wichtigen Umstand unterscheiden, dafs das Gewebe der Geschwulst trotz der langen Dauer sich fast gar nicht verändert.

Aufser diesen Zellen befinden sich noch verhältnismäfsig sehr zahlreiche Mastzellen, die — wie oben erwähnt — grofs und gewöhnlich von ovaler Form sind. Auf diese Zellen machte zuerst Unna aufmerksam und lieferte zugleich ein sehr klares Bild derselben. Um diese Mastzellen herum — die häufig doppelt so grofs sind wie gewöhnlich — beobachtete Unna eine Hülle, welche sich gleichfalls rot färbte (mit Pol. Methylenblau und einer Glycerin-Äthermischung), deren Bau aber nicht körnig, sondern netzartig ist, mit sehr feinen Netzfäden. Die mikroskopische Untersuchung bei starker Vergröfserung bestätigt sowohl diese Erscheinung bei vielen Zellen, als auch die Asymmetrie dieses Saumes, der nur an einer Seite der Zelle liegt.

Um sich darüber ein Urteil zu schaffen, ob diese sich so aufsergewöhnlich verhaltenden Zellen auf die nervöse Herkunft dieser Neoplasmen hinweisen können, färbte Unna in derselben Weise Schnitte aus dem Rückenmark und wies nach, dafs hauptsächlich die weifse Substanz im normalen Zustande an freiliegenden Körperchen reich ist, welche dieselbe Reaktion geben, wie die Mastzellen. Auf Grund der Farbenreaktion betrachtet nun Unna die sich derartig färbende Substanz sowohl im einen, wie im anderen Falle als mucinöse Substanz. So hätten wir nun eine

neue Tatsache, welche gleichfalls entschieden für die Theorie der nervösen Herkunft dieser Fibrome spricht.

So würde also der anatomische Bau fast in allen Einzelheiten dafür sprechen, daſs wir es in diesem Falle mit Geschwülsten zu tun haben, welche von den bindegewebigen Scheiden der Hautnerven herrühren und höchstwahrscheinlich an jener Stelle entstehen, wo die Nerven samt den Gefäſsen in die eigentliche Haut eintreten. Das oben geschilderte histologische Bild würde in diesem Falle sogar der Ansicht RECKLINGHAUSENS (die auch von vielen Autoren geteilt wird), daſs nämlich das Gewebe einer solchen Geschwulst auch aus dem die Hautdrüsen und Haarbälge umgebenden Bindegewebe entstehen kann, widerstreiten. Gegen die letzte Theorie dürfte vor allem die Art dieses Gewebes sprechen, welches — wie erwähnt — ganz verschiedene Eigenschaften hat, ferner auch das Verhältnis dieses Gewebes zu den Drüsengängen in der Haut. Denn — wenn das die Adnexa der Haut umgebende Bindegewebe, welches die jene ernährenden Gefäſse enthält, an der Wucherung aktiv beteiligt wäre, — so wäre es auch zu erwarten, daſs in den Drüsen und Haarbälgen irgend welche Veränderungen auftreten würden. Doch zeigt das histologische Bild solche Veränderungen nicht, denn an Präparaten, welche diese Gänge enthalten, findet man dieselben zwar häufig nach auſsen verschoben, sonst aber unverändert. Im groſsen Knoten (von der Hinterbacke) fand ich eine Knäueldrüse, deren Knäuel etwas anders als gewöhnlich gewunden und von neugebildetem Gewebe umgeben, sonst aber fast ganz unverändert war. Die vom Schnitt verschieden getroffenen Gänge waren von einander mehr verschoben als im normalen Zustande, aber die Wände behielten ihre Hüllen: Muskelschicht und elastische Fasern. Aus diesen Gründen eben kann ich nicht annehmen, daſs das die Hautdrüsen umgebende Gewebe an der Entstehung der Neubildung aktiven Anteil nimmt, und bin ich vielmehr der Meinung, daſs dasselbe gegenüber dem Andrang des sich neubildenden Gewebes sich passiv verhält. Für die Art und Weise der Entstehung dieses Leidens selbst ist diese Frage übrigens von geringerer Wichtigkeit, denn dies wäre jedenfalls ein sekundärer Prozeſs, welcher durch die Wucherung eines anderen Gewebes (der Nervenscheiden) veranlaſst wird. Von Bedeutung wäre aber dieser Prozeſs in seinen Folgen, denn die Wucherung des die Drüsen umgebenden Gewebes würde endlich zum Schwund der Drüsen führen (wie dies bei den Nerven der Fall ist), was weder klinisch, noch histologisch nachgewiesen werden kann.

Will man auf die wahrscheinliche Ursache einer Krankheit hinweisen, so muſs man vor allem den Anfang ihrer Entwicklung beachten. Viele Autoren schreiben von der Vererbung dieses Leidens, andere stellen es als angeboren dar oder verlegen wenigstens den Anfang des Leidens in das frühe Kindesalter. Berücksichtigt man ferner den Allgemeinzustand solcher

Kranken: die oft vorkommenden Störungen sowohl der physischen, wie auch geistigen Entwicklung, in manchen Fällen Funktionsstörung der Nerventätigkeit, oder wenigstens gewöhnliche hochgradige Neurasthenie, — nimmt man endlich noch in Betracht die Pigmentflecken auf der Haut, welche sehr häufig angeboren sind, und die jene so oft begleitenden weichen und angiomatösen Naevi, — so ergibt sich daraus die große Wahrscheinlichkeit, daß wir es hier mit irgend einer Entwicklungsstörung des Organismus zu tun haben. Somit sollte dieses Leiden in die große Gruppe der Entwicklungsstörungen (dystrophie congénitale de la peau), wie es z. B. Hallopeau tut, aufgenommen, speziell aber der Gruppe der Naevi nach der Definition von Unna eingereiht werden.

Auf Grund der klinischen Formähnlichkeiten und des ganzen Krankheitsverlaufes könnten die multiplen Neurofibrome auch mit dem Xeroderma pigmentosum verglichen werden — einer Krankheit, die gleichfalls im frühen Alter entsteht und durch das Auftreten von — wenn auch andersartigen — Neoplasmen (Carcinome und Sarkome) nebst Pigmentflecken und weichen Naevi charakterisiert ist. Dies letztere Leiden scheint ebenso wie die Neurofibrome auf gewissen angeborenen Eigentümlichkeiten der Haut zu beruhen, und sollte dasselbe somit derselben Gruppe eingereiht werden.

Zum Schlusse erfülle ich eine angenehme Pflicht, indem ich Herrn Prof. Reiss für die gütige Überlassung des Materials, sowie die Erleichterung der Arbeit meinen herzlichsten Dank ausspreche.

Literatur.

Adenot, Plexiformes Neurom. *Lyon méd.* 1895, 12.
Adrian, Neurofibromatose und ihre Komplikationen. *Beitr. z. klin. Chir.* XXXI, 1.
Alexander, Multiple Neurofibrome. Bresl. derm. Ges. 1902.
Audry, Sur un cas de neurofibromatose avec scoliose. *Soc. derm. Paris.* 1901, 3.
Audry et Fabre, Sur un cas de neurofibromatose génér. d'origine nerv. *Gaz. hébd. d. méd.* 1892.
Audry et Lacroix, Neuromes plexiformes. *Lyon méd.* 1891.
Bardach, Molluscum fibros. Berl. derm. Ges. 1886.
Bennati, Un caso di malattia di Reckl. *Acad. d. Sc. med. et natur. Ferrara.* 1901.
Brigidi, Multiple Neurofibrome d. peripher. Haut- und Muskelnerven mit Fibroma moll. *Monatsh. f. prakt. Derm.* XIX, 4/5.
Briquet et Chérigié, Neurofibromatose génér. acqu. *Journ. d. mal. cut. et syph.* 1898.
Bronson, Neurom der Haut des Unterschenkels. New York derm. Ges. 1890.
Caille du Bourguet et Legrain, Observation de fibrom. moll. génér. *Soc. derm. Paris.* 1893.
Campana, Über einige neurotische Dermatosen. Genua 1885.
Cawardine, Mollusc. fibr. kompl. mit Neurom. *Lancet.* 1899.
Chauffard, Dermatofibromatose pigment. *Soc. d. l'hôp. St. Louis.* 1896.
Chipault, Deux cas de neurofibromatose plexiforme du cuir chevelu. *Trib. méd.* 1896.

Cimmino, Sur di un caso di fibromi multipli cutanei con metamorphosi sarcomatosa. *Giorn. ital. della mal. ven. et d. pelle.* 1891, 3.

Collet et Lacroix, Malformation congénitale de la face et du crâne, avec elephantiasis des parties mollusc. *Gaz. hébd. de méd. et chir.* 1893.

Danlos, Dermato-fibromes général. *Soc. derm. Paris.* 1900.

Delore, 1. Neurofibromatose cutanée avec xanthom profond du bras droit. *Gaz. des hôp.* 1896. — 2. Nouveau cas de neurofibromatose. *Lyon méd.* 1897, 15.

Desquin, Molluscum pendulum. *Annal. d. la Soc. d. méd. Anvers.* 1891.

Duhring, Ein Fall von Neuroma cutis dolorosum. *Int. Atlas selt. Hautkr.* H. XII.

Du Mesnil, Beiträge z. Anatomie u. Ätiologie einiger Hautkrankh. Naturwiss. Ges. Würzburg. 1890.

Feindel, Sur 4 cas de neurofibrom. général. *Thèse.* Paris 1897.

Feindel u. Oppenheim, Über die unvollständigen Formen d. Neurofibrom. *Arch. gén. de méd.* 1898.

Fox, Multiple pigment. Neurofibromata d. Recklingh. Typus. Derm. Ges. London. 1900.

Garrè, Über sekundär-maligne Neurome. *Beitr. z. klin. Chir.* T. IX, 3.

Girard, Umwandlung der Mollusca und Naevi in Sarkome und Epitheliome. *Dauph. méd.* 1898.

Hallopeau, 1. Neurofibromes multiples. *Soc. méd. d. l'hôp. St. Louis.* 1889. — 2. Sur un nouveau cas de naevi fibromat. (maladie d. Recklingh.). *Soc. derm. Paris.* 1901.

Hallopeau et Leredde, Dermatologie. Paris 1900.

Hansemann, Multiple Neurome und Fibrome. Berl. derm. Ges. 1895.

Hasselbeck, Über multiple kongen. Fibrome d. Haut. Diss. München 1891.

Haushalter, Un cas de neurofibromatose compliq. des phenomènes spinaux et deformation considerable d. l. colonne vertébrale. *Nouv. iconogr. de la Salpetrière.* 1900.

Heidingsfeld, Ein Fall von Neurofibromen der Haut. *Amer. Journ. of Derm.* 1900, 4.

Heller, Neurofibromatosis. Berl. derm. Ges. 1899.

Jaquerau, Plexiformes Neurom. *Lyon méd.* 1895.

Jarisch, Die Hautkrankheiten. Wien 1900.

Jeanselme, Étude histolog. d'un cas d. mal. d. Reckling. Derm. Ges. Paris. 1898.

Kaposi, Fibrome. Wien. med. Ges. 1892.

Karwowski, Ein Fall von Neurofibromatosis mit starker Beteiligung der Haarbälge. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1902, 35.

Klotz, Fibroma moll. New York derm. Ges. 1896.

Kohtz, Ein Fall von mult. Fibromen d. Haut. Diss. Königsberg 1893.

Köbner, Neurofibrome. *Virchows Arch.* 1883, 93.

Königsdorf, Ein Fall von Fibr. moll. mult. Diss. Würzburg 1899.

Kracht, Molluscum fibr. Moskauer derm. Ges. 1898.

Kriege, Über das Verhalten der Nervenfasern in den mult. Fibromen der Haut und Neurofibromen. Diss. Göttingen 1890.

Lerefait, Aberration morphologique des néoplasies et particuliérement du fibr. moll. Paris 1885.

Lewy et Ovize, De la neurofibromatose général. *Gaz. des hôp.* 1899.

Loewenstein, Ein histol. Beitrag z. Lehre v. Fibr. moll. Diss. Würzburg 1901.

Malherbe, Neurofibrom. génér. *Journ. d. mal. cut. et syph.* 1901, 9.

Marie et Couvelaire, Neurofibrom. génér. Ges. d. Pariser Spit. 1899.

Meslet, Contrib. à l'étude d. névromes plexif. *Thèse.* Bordeaux 1892.

Merken, Beitrag z. Kenntnis d. Fibr. moll. *Wien. klin. Wochenschr.* 1899.

MODRZEJEWSKI, Fibromes moll. congénit. *Gaz. hébd.* 1882.
MOSES, Hereditäre mult. Fibroma molle mit Elephantiasis moll. Berl. derm. Ges. 1890.
MOYNIHAN, Ein Fall von Neurofibr. univers. mit Pseudoneurom d. Vagus. *Lancet.* 1901.
MOWAT, Ein Fall von Moll. fibr. *Scott. med. and surg. Journ.* 1898.
NANKIWELL, Ein Fall von mult. Fibrom. *Lancet.* 1901.
ORIOT, Contrib. à l'étude d. l. neurofibr. *Thèse.* Paris 1897.
PAYNE, 1. Moll. fibr. u. mult. Fibroneurome. Lond. pathol. Ges. 1887. — 2. Über einen Fall von Moll. fibr. mit Neurofibrom. *Brit. med. Journ.* 1889.
PETERSEN, Fibr. moll. *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1899.
PHILIPPSON, Univers. Pigmentose m. moll. Neurofibr. *Münch. med. Wochenschr.* 1893.
PICQUÉ, Contrib. à l'étude des nevromes plexif. *Thèse.* Lyon 1894.
PILLIET et MAUCLAIRE, Beitrag z. Studium d. Moll. simplex. *Journ. d. mal. cut. et syph.* 1893.
POMORSKI, Ein Fall von Rankenneurom d. Interkostalnerven m. Fibr. moll. u. Neurofibromen. *Virchows Arch.* T. 111.
RAMOND, Neurofibromatose. Anat. Ges. Paris. 1896.
RILLE, 1. Fibroma moll. Wien. derm. Ges. 1897. — 2. Fibr. moll. Wissensch. Ges. Innsbruck. 1901.
RECKLINGHAUSEN, Über die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen Neuromen. Berlin 1882.
ROLLESTON, Ein Fall von Recklingh. Krankheit kompl. durch sarkomatöse Gewächse d. Plexus brachialis. *Lancet.* 1899.
SCHWIMMER, Ein Fall von Moll. fibr. univers. Ung. derm. Ges. 1897.
SEVERÉ, Einige Fälle von multipl. Fibromen d. Haut. II. ital. Kongr. in Rom 1895.
SHERWELL, Moll. fibr. Derm. Ges. Brooklyn. 1893.
SMITH, W. G., Ein Fall von grofsem Fibr. moll. *The Brit. Journ. of Derm.* 1896.
SOFFIANTINI, Contrib. à l'étude du tissu elastique dans le néoplasies fibreuses d. l. peau. *Arch. d. méd. exper. et anat. pathol.* 1893.
SOLDAN, Kasuist. Beiträge z. Lehre d. histogenet. Einheit d. Neuromata, Fibr. moll. u. d. Elephant. congen. neuromatodes. Diss. 1886.
TAILHEFER, Multiple kongenit. Hautfibrome. *Prog. méd.* 1897.
TANNHAUSER, Weiche mult. Fibrome. Berl. derm. Ges. 1897.
TAPPEY, Fall von multipl. Moll. fibr. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1899.
TAYLOR, Entwicklung u. Verlauf v. Moll. fibr. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* T. V.
THOMSEN, 1. Über Neuroma und Neurofibromatosis. Edinburg 1900. — 2. Neurofibroma moll. *Hospit. Tid.* 1898.
THOMSON, Über Neurofibromatosis und Tumoren in Beziehung z. Nerven. *Brit. med. Journ.* 1896.
UNNA, 1. Neurofibrome. Ärzte-Ges. in Hamburg. 1893. — 2. Über mucinartige Bestandteile der Neurofibrome und des Zentralnervensystems. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. XVIII, 2. — 3. Histopathologie d. Haut. Berlin 1894.
WESTPHALEN, Multiple Fibrome der Haut der Nerven und Ganglien mit Übergang in Sarkom. *Virchows Arch.* 114.
WHITEHOUSE, Neurofibromatose généralisée. New York derm. Ges. 1899.

Aus der Abteilung für venerische Kranke am I. Stadthospital zu Moskau.

Über syphilitische Hausepidemien.

Von

Dr. ARTH. JORDAN.

Bei den verhältnismäſsig häufigen extragenitalen Infektionen von Syphilis hierzulande, kann es natürlich nicht überraschen, wenn man gelegentlich auch auf mehrere Infektionen in einer Familie oder, falls verschiedene Familien in engem Raum zusammen wohnen, in einem Hause stöſst. Solche Familien-, resp. Hausepidemien von Syphilis bieten zwar weiter nichts, als eine bald kleinere, bald gröſsere Anzahl extragenitaler Infektionen unter Verwandten oder Hausgenossen dar, verdienen aber dennoch, wie mir scheint, in jedem Fall Erwähnung, weil sie einerseits immerhin nicht zu den alltäglichen Erscheinungen gehören und andererseits uns Ärzten immer wieder von neuem die ernste Mahnung ans Herz legen, mehr zu tun, um diesen unverschuldeten und darum desto bedauernswerteren Ereignissen vorzubeugen.

Im vergangenen Jahre ist von zwei russischen Kollegen über derartige Epidemien berichtet worden, nämlich von ELTZINA[1] über eine syphilitische Hausepidemie in einem Kinderheim zu Petersburg und von BENTOWIN[2], gleichfalls aus Petersburg, über eine Familienepidemie, welche unter sechs Familiengliedern und fünf Angestellten drei Glieder der Familie und einen Angestellten betraf. Von früheren derartigen Beobachtungen aus Ruſsland, welche aber aus der Landpraxis stammen, wo die extragenitale Infektion bekanntlich noch viel öfter, als in den Städten vorkommt, erwähne ich eine Mitteilung von MOSKALEW[3] über eine Syphilisepidemie in der Familie eines Dorfgeistlichen, dessen kleine Tochter von dem Dienstmädchen per os infiziert wurde und ihrerseits Vater und Groſsmutter ansteckte, welche beide bei der Besichtigung Tonsillarschanker aufwiesen. Ferner die Beobachtung von DUSCHINSKI[4] über eine Syphilisepidemie im

---

[1] ELTZINA, Zur Frage der Erweiterung der Maſsregeln im Kampf gegen die Syphilis. *Russki Wratsch.* 1902. S. 969.

[2] BENTOWIN, Ein Fall von Familiensyphilis. *Prakt. Wratsch.* 1902. S. 899.

[3] MOSKALEW, Eine Hausepidemie von Syphilis. *Protok. d. russ. syphilidolog. u. dermatolog. Ges.* 1897. Bd. XII. S. 41.

[4] DUSCHINSKI, Aus der Dorfpraxis. *Wratsch.* 1889. S. 167.

Dorf Karabiewka, veranlafst durch eine syphilitische Hebamme, die bei ihrer Berufstätigkeit neun verschiedene Frauen infizierte, welche ihrerseits die Krankheit auf die Familienangehörigen übertrugen.

Zu diesen betrübenden Beobachtungen kann ich folgende zwei eigene hinzufügen.

I. Beobachtung. Am 12. Oktober 1901 wandte sich eine 22jährige, seit kurzem verheiratete Frau mit Erscheinungen recenter Lues an mich. (Exanthema papulosum. Lymphadenitis inguinalis. Papulae syph. lab. maj. et min. Angina papulosa.) Auf meinen Wunsch erschien bereitwilligst am folgenden Tage der betreffende, 33jährige Mann bei mir, ein Hausverwalter, der von Syphilis angeblich nichts wufste. Entkleidet, zeigte er gleichfalls die Zeichen schönster, florider Syphilis in Gestalt eines makulösen Exanthems, einer, freilich recht unscheinbaren Sklerose am Gliede, vergröfserter Lymphdrüsen und breiter Kondylome am After. Näher befragt, gab er zu, vor sieben Monaten ein Geschwür am Gliede gehabt zu haben, welches aber bald verheilt sei, so dafs er vor vier Monaten ruhig geheiratet habe. Den Ausschlag wollte er gar nicht bemerkt haben, und nur am After habe er seit kurzer Zeit Jucken verspürt. Eine Behandlung hatte nicht stattgefunden. Obgleich ich beiden die Möglichkeit der syphilitischen Übertragung auf andere auseinandersetzte, kam es dennoch zu einer Infektion der einzigen, dreijährigen Tochter des Mannes aus erster Ehe, welche mir am 15. Dezember desselben Jahres mit einer Sklerose der rechten Tonsille und starker Schwellung der rechtsseitigen Submaxillardrüsen zugeführt wurde. Den Ausschlag wartete ich weiter nicht ab, sondern leitete sofort die antisyphilitische Kur ein. An der Diagnose läfst sich trotzdem nicht zweifeln, da später Rezidiverscheinungen auftraten. Geradezu als ein Wunder ist es anzusehen, dafs die alte Grofsmutter der Kleinen, welche in rührender Weise letztere pflegte und gar kein Verständnis für Ansteckungsgefahr besafs, gesund blieb. Unmöglich freilich ist es nicht, dafs sie vielleicht später noch angesteckt worden ist, da ich bald darauf die Familie aus den Augen verlor.

II. Beobachtung. Im November v. J. fanden im I. Stadthospital zu Moskau und zwar teilweise in der Abteilung des Kollegen Palschkow, der mir gütigst die Veröffentlichung überlassen hat, und teilweise bei mir, fünf Personen mit frischer Lues Aufnahme, die alle aus einem Hause stammten. Es handelte sich:

1. Um eine 29jährige Frau mit Angina papulosa, Exanthema papulopustulosum, vereinzelten Papeln an den Geschlechtsteilen und vergröfserten Lymphdrüsen, unter denen diejenigen der rechten Halspartie sich am stärksten vergröfsert erwiesen.

2. Um deren 4jährige Tochter, Natalie, mit massenhaften Papeln auf den Lippen, der Zunge und dem weichen Gaumen, einer Papel auf der

linken großen Schamlippe, schwach ausgeprägtem, fleckigem Exanthem und stark vergrößerten, beiderseitigen Submaxillar- und Cervikaldrüsen.

3. Um den einjährigen Sohn, Peter, mit einer Sklerose der linken Mandel, stark vergrößerten linksseitigen Submaxillardrüsen, pustulösem Exanthem und Papel am After.

4. Um das neunjährige Mädchen, Tatjana, mit stark vergrößerten und dick mit Papeln belegten Mandeln, stark vergrößerten, beiderseitigen Submaxillardrüsen, makulösem Exanthem und Papeln auf den Schamlippen.

5. Um den 15jährigen Knaben, Wassili, mit mächtig entwickelten Papeln auf beiden Tonsillen, stark vergrößerten, beiderseitigen Submaxillardrüsen, makulösem Exanthem und einer Papel auf der Eichel.

Diese fünf Kranken gehörten drei verschiedenen Aufseherfamilien einer hiesigen Schule an, die im Souterrain derselben wohnen, wobei jede Familie zwar ihr eigenes Zimmer besitzt, aber alle eine gemeinsame Küche benutzen. Die drei Familien bestehen aus 17 Personen, nämlich die eine aus Mann, Frau und zwei Kindern, von denen die Frau und beide Kinder krank sind, die zweite aus Mann, Frau und drei Kindern, von denen ein Sohn (Wassili) erkrankt, und die dritte aus Mann, Frau und sechs Kindern, von denen eine Tochter (Tatjana) erkrankt ist. Ließ sich auch nur bei dem kleinen Knaben Peter eine typische Sklerose der linken Mandel nachweisen, so sprach doch bei den übrigen vier Personen die starke Vergrößerung der Submaxillar- und Cervikaldrüsen, bei sehr geringer Vergrößerung der übrigen Lymphdrüsen, zweifellos für eine Infektion per os. Bei zweien, dem Knaben Wassili und dem Mädchen Tatjana, deuten, wie mir scheint, die mächtig vergrößerten und dick mit Papeln belegten Tonsillen, bei völligem Fehlen irgend welcher Narben oder Papeln an den Lippen oder anderen Stellen der Mundhöhle, gleichfalls auf eine primäre Infektion dieser Partien hin, wenn auch eine Sklerose hier nicht nachweisbar war. Unzweifelhaft handelt es sich bei allen Personen um eine extragenital akquierierte Syphilis, was auch Herr Kollege Karlin, der die Epidemie zuerst entdeckte, auf meine Anfrage liebenswürdigst bestätigte. Über die Art der Einschleppung der Krankheit schrieb mir genannter Kollege, daß nach seinen Nachforschungen die Syphilis durch die Schwester der kranken Frau des einen Aufsehers eingeschleppt sein müsse, da diese Person im Mjassnitzkihospital wegen Lues in Behandlung gestanden hatte und dann bei ihrer Schwester Aufnahme fand. Wen sie nun zuerst angesteckt hat, ob ihre Schwester oder Nichte, ist nicht möglich zu sagen; jedenfalls ist diese Epidemie, wie auch die Erkrankung der Tochter bei meiner ersten Beobachtung auf häuslichen Verkehr zurückzuführen. Später soll noch ein Kind einer der drei Aufseherfamilien an Lues erkrankt sein, was die sechste Infektion unter

17 Personen bilden würde, jedoch weiſs ich darüber nichts Näheres anzugeben.

Bei den beiden von mir beschriebenen Epidemien handelt es sich also um eine Reihe von Fällen von Syphilis insontium und zwar, wenn wir der BULKLEYschen[5] Einteilung in a) Syphilis e coitu legitimo, b) Syphilis hereditaria und c) Syphilis extragenitalis folgen, um einen Fall von Syphilis e coitu legitimo (Frau des Hausverwalters) und um sechs Fälle von Syphilis extragenitalis (ein Kind der ersten Beobachtung und eine Frau und vier Kinder der zweiten Beobachtung). In allen diesen letzteren Fällen haben wir es, wie erwähnt, mit einer Infektion durch den Mund und viermal darunter, mit groſser Wahrscheinlichkeit, mit Primäraffekten einer oder auch beider Mandeln zu tun. Nach der groſsen, eine Fortsetzung der BULKLEYschen Statistik bildenden Sammlung aller bis zum Ende des Jahres 1895 publizierten Fälle extragenitaler Infektion von MÜNCHHEIMER[6] stehen diejenigen per os an erster Stelle, diejenigen vermittels der Tonsillen an fünfter. In Ruſsland, und ganz speziell in Moskau, scheinen aber die Mandeln besondere Lieblingssitze der extragenitalen Infektionen abzugeben, denn nach POSPELOW[7] stehen die Tonsillarsklerosen an dritter Stelle (die erste bilden die Brustdrüsen, die zweite die Lippen des Mundes), nach SABOLOTZKI[8] gar an erster, indem sie seiner Beobachtung nach dreiviertel aller extragenitalen Infektionen ausmachten. Ähnlich lauten die Erfahrungen ROSENQUISTS[9], während TSCHERNOGUBOW[10] zu gleichen Resultaten gelangte, wie POSPELOW. So leicht verständlich die Bevorzugung des Mundes bei den extragenitalen Infektionen ist, da bei auſsergeschlechtlicher Übertragung, insbesondere auf Kinder, vor allem das Küssen und die gemeinsame Benutzung derselben Löffel und anderer Speisegeräte in Betracht kommen dürfte, so überraschend ist das Vorwiegen der Tonsillarschanker, wo diese Drüsen scheinbar so versteckt gelegen sind. Bedenkt man aber das häufige Vorkommen hypertrophischer Mandeln und follikulärer Angina, insbesondere im kindlichen Alter, wodurch diese Drüsen zur Aufnahme des syphilitischen Virus empfänglicher werden dürften, so kann man es doch verstehen, daſs gerade diese Organe Lieblingssitze der Sklerosen sind. Auſser-

---

[5] BULKLEY, Syphilis in the Innocent. 1894. New York.

[6] MÜNCHHEIMER, Über extragenitale Syphilisinfektion. *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* 1897. Bd. XL. S. 191.

[7] POSPELOW, Über extragenitale Syphilisinfektion. *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* 1889. Bd. XXI. S. 59.

[8] SABOLOTZKI, Zur Statistik der extragenitalen Syphilisinfektion etc. *Sitzungsber. d. Moskauer venerolog.-dermatol. Ges.* 1895. Bd. III. S. 20.

[9] ROSENQUIST, Zur Statistik der extragenitalen syphilitischen Infektion. Ref. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1899. Bd. 28. S. 213.

[10] TSCHERNOGUBOW, Zur Statistik der extragenitalen Syphilisinfektion etc. *Sitzungsberichte d. Moskauer venerolog.-dermatolog. Ges.* 1897. Bd. V. S. 78.

dem dürfte das syphilitische Virus mehr an den scharfen Rändern der Löffel haften bleiben und dadurch bei tiefer Einführung des Löffels auch weit hinten in der Mundhöhle deponiert werden. Durch den Kufs kann man sich natürlich nur eine Übertragung auf die Lippen denken.

Wie können wir nun am besten dieser Syphilis insontium und insbesondere den syphilitischen Epidemien vorbeugen? Einzig und allein durch Belehrung in Schrift und Wort. Belehrung der Kranken selbst, Belehrung aber auch der Gesunden, wobei auch die Tagespresse wertvolle Dienste leisten könnte.

Versammlungen.

Erster Kongrefs der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Frankfurt a. M. am 9. und 10. März 1903.

(Offizieller Bericht.)

Am 19. Oktober v. J. im Berliner Rathause begründet, hat die junge Gesellschaft in der kurzen Zeit ihres Bestehens einen unerwarteten Aufschwung genommen; sie zählt jetzt über 1600 Mitglieder und besitzt fast in allen grofsen Städten Deutschlands eigene Ortsgruppen oder Zweigvereine. Auch auf die Gesetzgebung hat sie in dieser kurzen Zeit entscheidenden Einflufs zu gewinnen vermocht, indem es ihr gelungen ist, im Reichstag die Beseitigung der bekannten beschränkenden Bestimmungen aus dem Krankenversicherungsgesetz, sowie im Abgeordnetenhause die geplante Anzeigepflicht für Syphilis, Tripper u. s. w. bei Personen, die gewerbsmäfsig Unzucht treiben, auf die Polizeiärzte durchzusetzen.

Unter reger Beteiligung von Staats- und Verwaltungsbehörden, Polizei- und Gemeindeverwaltungen, Landesversicherungsanstalten, Militärbehörden, volkswirtschaftlichen und Frauenvereinen, sowie hervorragenden Ärzten aus ganz Deutschland konnte die Gesellschaft schon jetzt ihren ersten öffentlichen Kongrefs abhalten, der einige der wichtigsten mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution zusammenhängenden Fragen zur allgemeinen Erörterung brachte, und, wie wir gleich vorweg bemerken wollen, für jeden, welcher nicht erwartet, dafs in zwei Tagen diese schwierigen Probleme einer sofortigen Lösung entgegengeführt werden, ein aufserordentlich befriedigendes Resultat zeitigten.

An die Spitze der Tagesordnung hatte der Kongrefs, welcher unter der Leitung seines Vorstandes, Geheimrat Prof. Neisser-Breslau, Prof. Lesser-Berlin, Dr. Blaschko-Berlin tagte und welchem das Frankfurter Organisations-Komitee unter dem Vorsitze des Oberbürgermeister Dr. Adickes auch äufserlich ein glänzendes Gewand geschaffen hatte, die Diskussionen über die strafrechtliche und zivilrechtliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten gesetzt. Die hervorragendsten Rechtslehrer Deutschlands hatten ihre Feder in den Dienst der Sache gestellt, Männer wie Franz von Liszt, Hellwig, von Bar hatten bedeutsame Gutachten über diese Fragen geliefert und der als hervorragender Jurist bekannte Oberlandesgerichtsrat Schmölder-Hamm erstattete

das einleitende Referat: **Über die strafrechtliche und zivilrechtliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten.**

Im ersten Teile seiner Ausführung nahm derselbe Bezug 1. auf die Bestimmung in dem Entwurf der lex Heinze vom Dezember 1897: „Wer die Gesundheit einer Person dadurch gefährdet, daſs er wissend, daſs er mit einer ansteckenden Geschlechtskrankheit behaftet ist, auſserehelich den Beischlaf ausübt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre oder mit Geldstrafe bis zu 1000 Mark bestraft“, sowie 2. auf die Fassung v. Liszts: „Wer wissend, daſs er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet, den Beischlaf ausübt, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren bestraft, neben welchem auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann.“ Demgegenüber schlägt Schmölder folgende erweiterte Fassung vor: „Wer auſserhalb der Ehe, obwohl er weiſs, oder den Umständen nach annehmen muſs, daſs er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet, den Beischlaf ausübt oder mit einer anderen Person eine unzüchtige Handlung vornimmt, die an sich und mit Rücksicht auf die Art der Geschlechtskrankheit zur Krankheitsübertragung geeignet ist, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren und Geldstrafe, oder mit einer dieser Strafen belegt. Neben der Gefängnisstrafe kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte anerkannt werden.“

An Stelle der Reglementierung, die in Wegfall kommen soll, soll dieser Paragraph noch folgende Zusätze erhalten:

1. „Ist die Tat von einer Frau in Ausübung der gewerbsmäſsigen Unzucht verübt, so ist nicht auf Geldstrafe, sondern auf Gefängnisstrafe im Rahmen von sechs Monaten bis zu drei Jahren zu erkennen“ und

2. „Eine Frau, die behaftet mit einer ansteckenden Geschlechtskrankheit Unzucht treibt, wird mit Gefängnisstrafe von einem Monat bis zu einem Jahr belegt.“

In der Diskussion, an welcher sich Prof. C. Fränkel-Halle, Prof. Flesch, Frau Scheven-Dresden, Assessor Clausmann-Köln u. a. beteiligen, wenden sich fast alle Redner gegen die vorgeschlagenen Strafbestimmungen. Prof. C. Fränkel-Halle verspricht sich davon ein Flüchten der Prostituierten vor der ärztlichen Untersuchung und ein Züchten des Denunziantentums. Beachtenswert ist ein Vorschlag der Frau Scheven, die mildere v. Lisztsche Fassung zu adoptieren, die Verfolgung jedoch nur auf Antrag eintreten zu lassen. Assessor Clausmann-Köln hält den Paragraphen des Strafgesetzbuches über Körperverletzung für ausreichend. Auch vermiſst er eine juristische Definition des Begriffes Geschlechtskrankheit.

Prof. Neisser erklärt sich für den von Liszt vorgeschlagenen Paragraphen. Er erwartet davon nicht nur eine allmähliche Umstimmung des Rechtsbewuſstseins der Gebildeten und sieht in ihm ein mächtiges Warnungsmittel in den Händen der Ärzte gegenüber leichtsinnigen und frivolen Patienten; er glaubt auch, daſs dadurch gegenüber der Prostitution eine gesetzliche Bestimmung gewonnen würde, welche eine strafrechtliche und nicht nur eine polizeiliche Bestrafung erlaube. Bisher wurden die Prostituierten nur wegen Übertretung der Polizei-Vorschriften verhaftet und bestraft; jetzt würde es möglich sein, den eigentlichen Kernpunkt ihres Vergehens, die Gesundheitsgefährdung im Gewerbe, zu treffen. Unbedingte Voraussetzung wäre aber dann, nicht, wie Schmölder es vorschlage, die Aufhebung der Reglementierung, sondern gerade im Gegenteil eine sorgsame Reglementierung, deren Befolgung zu einer Schutzmaſsregel für die Prostituierten werden würde. Ohne eine solche Schutzmaſsregel würde ja jeder Geschlechtsverkehr einer Prostituierten sie mit dem neuen

Paragraphen des Strafgesetzes in Konflikt bringen und so würde dieser Paragraph auf die drakonische Unterdrückung der Prostitution hinauskommen. Bei bestehender Reglementierung aber würde der Paragraph dazu dienen, die Prostituierten zu einer regelmäſsigeren Befolgung der sanitären Überwachungs-Vorschriften anzuhalten.

In der zweiten Sitzung, die der Frage: **„Wie können die Ärzte durch Belehrung der Gesunden und Kranken der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten steuern?“** gewidmet war, erstattet Dr. med. Neuberger-Nürnberg das Referat. Er stellt den Antrag:

„Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten solle Ärzten, Krankenkassen oder -häusern allgemein gehaltene Leitsätze für Kranke in Zettel- oder Kartenform zur Verfügung stellen, die folgende Punkte betonen: Die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung, Langwierigkeit der Krankheiten, Warnung Infizierter vor der Ehe, Gefährlichkeit des infizierten Ehegatten für den andern, Warnung vor Kurpfuschern und schwindelhafter Reklame.“

Dieser Antrag wird angenommen. Als besonders bemerkenswert verdient aus der Diskussion, die sich vorwiegend um Form und Ausstattung dieser Leitsätze drehte, daſs Geheimrat Prof. Dr. Erb-Heidelberg betont, er habe in einzelnen, nicht ganz seltenen Fällen Schädigungen besonders im Sinne der Neurasthenie und Hysterie und zwar bei beiden Geschlechtern infolge sexueller Abstinenz beobachtet. Es habe sich dabei wohl meist um neuropathisch belastete und veranlagte Individuen gehandelt. Da deren Zahl an sich aber bekanntlich sehr groſs sei, seien auch gewiſs derartige Vorkommnisse nicht ganz irrelevant und deshalb könne er die neuerdings mit steigender Sicherheit wiederholte Behauptung, daſs die sexuelle Enthaltsamkeit „ganz unschädlich“ sei, nicht unwidersprochen lassen.

Gegenüber den Vertretern der Krankenkasse Gräf und Fiebig-Frankfurt a. M., welche eine genaue Diagnose der Ärzte bei Krankmeldungen an die Kasse wünschen, weist Blaschko darauf hin, daſs die Krankenkassenbeamten zur Wahrung des Berufsgeheimnisses nicht, wie der Arzt, gesetzlich verpflichtet seien und daſs dieser oft im Interesse des Patienten zur Wahrung des Berufsgeheimnisses genötigt sei. Es sei daher eine Ausdehnung des § 300 des Str.-G.B. (Verletzung des Berufsgeheimnisses) auf die Krankenkassenbeamten erforderlich, sowie Sicherheit dagegen, daſs die Diagnose dritten Personen bekannt werden, Maſsregeln, wie sie bei der Frankfurter Ortskrankenkasse z. B. jetzt schon bestehen (Übersendung der Diagnose an die Kassen in geschlossenem Brief).

Direkt auf soziales Gebiet leitete der dritte Punkt der Tagesordnung über. Er betraf: **„Das Wohnungselend der Groſsstädte und seine Beziehungen zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und zur Prostitution.“**

Der erste Referent über dieses Thema, Stadtarzt Dr. Pfeiffer-Hamburg, stellte den auch später angenommenen Antrag: „Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten fordert ihre Mitglieder auf, dieser Frage ihre besondere Aufmerksamkeit zu widmen und alle einschlägigen Beobachtungen der Geschäftsstelle der Gesellschaft zu übermitteln. Der Vorstand wird beauftragt, sich mit allen Vereinen und Gesellschaften, die der Wohnungsfrage und Bekämpfung des Wohnungselends ihre Aufmerksamkeit schenken, in Verbindung zu setzen, sowie die Verwaltungen groſser Städte zu diesbezüglichen Enqueten zu veranlassen.“

Ganz neue Gesichtspunkte entwickelte der zweite Referent Herr P. Kampffmeyer-Cronberg, welcher in fesselnder und auf ein reiches Tatsachenmaterial gestützter Dar-

stellung zeigte, wie das enge Zusammenwohnen in den aller Hygiene Hohn sprechenden überfüllten Wohnungen der Großstädte eine frühzeitige Entfesselung der Geschlechtslust, frühzeitige Vollziehung des Geschlechtsverkehrs und damit eine enorme Verbreitung dieser Krankheiten zeitigt. Er verlangt daher von Staat und Gemeinde zur Bekämpfung dieser Schäden erstens eine einschneidende Wohnungsgesetzgesetzgebung, welche an die Benutzung der Wohnräume bestimmte Minimalforderungen vom sanitären und moralischen Standpunkte aus stellt, und zweitens eine direkte kommunale und staatliche Wohnungsproduktion oder wenigstens eine Förderung der genossenschaftlichen und gemeinnützigen Wohnungsproduktion durch Staat und Gemeinde. Er weist ferner auf die körperlichen und sittlichen Schädigungen hin, welche die Nation durch das immer mehr Überhandnehmen des Schlafgängertums erleidet. Diesen Schädigungen könne man am besten entgegentreten durch direkten staatlichen und kommunalen Bau von Logierhäusern oder durch Unterstützung der gemeinnützigen Errichtung solcher Häuser. Weiterhin fordert er eine ausgedehnte Wohnungsinspektion und zwar nicht bloſs durch die Staatsorgane, sondern vor allem auch durch die Krankenkassen, wozu die bereits bei gröſseren Kassen bestehende, berufsmäſsige Kontrolle weiter ausgebaut und reformiert werden soll. Eine regelmäſsige Wohnungskontrolle habe sich auch auf die Prostituierten zu erstrecken, dafür komme dann aber die Reglementierung in Wegfall. Es empfehle sich daher die Erweiterung der Krankenversicherung auf alle Personen bis zu 2000 Mark Einkommen.

In der Diskussion empfiehlt Dr. Becher-Berlin die Errichtung von Logierhäusern für Unverheiratete aus den Mitteln des Reservefonds der Krankenkassen. Weiter wünscht er, daſs die Institution der Walderholungsstätten auf die venerisch Erkrankten ausgedehnt werde. Oberbürgermeister Beck-Mannheim bezweifelt, daſs sowohl Gemeinde wie auch Krankenkassen hinreichende verfügbare Mittel zur Durchführung der vorgeschlagenen Wohnungsreform besäſsen.

Bei weitem das gröſste Interesse nahm naturgemäſs die Erörterung der vierten und hauptsächlichsten Frage ein: **„Nach welcher Richtung ist eine Reform der heutigen Reglementierung der Prostitution möglich?"**

Während sowohl der Referent Geheimrat Neisser als auch die ärztlichen Mitglieder des Kongresses mit verschwindenden Ausnahmen die heutige Reglementierung für unbrauchbar, ja in gewissem Sinne für schädlich erklären und nur noch die an der Debatte teilnehmenden Polizeivertreter eine Lanze für das herrschende System einlegen, gehen darüber, was an Stelle der heutigen Reglementierung zu setzen sei, die Ansichten weit auseinander. In der lebhaften, die Aufmerksamkeit des Kongresses sechs Stunden lang fesselnden Diskussion, an welcher sich die Vertreter der verschiedensten Richtungen beteiligten, wurden weit auseinander gehende Vorschläge gemacht. Die Mehrzahl der Redner ist jedoch der Meinung, daſs man nicht, wie die Vertreterin des Abolitionismus, Fräulein Pappritz, forderte, jeglicher Reglementierung entraten und an deren Stelle mit einem System freiwilliger Hilfe auskommen könne, vielmehr glauben sie, daſs es möglich sei, die heutige Reglementierung entweder in umfassender Weise zu reformieren und umzugestalten, oder doch an deren Stelle ähnliche Überwachungssysteme zu setzen. Neisser schlägt als ein solches Überwachungssystem eine besondere Sanitätskommission vor, zusammengesetzt, wie ein Schöffengericht, aus Richtern, Ärzten, Verwaltungsbeamten u. s. w., welche die Personen, die im Verdacht stehen, Prostitution zu treiben oder eine venerische Erkrankung durch auſsereh elichen Geschlechtsverkehr weiter zu verbreiten, nicht nur über die Gefahren dieser Krankheiten belehren, sondern auch, sie geeigneten ärzt-

lichen Instanzen zur Überwachung und Behandlung, andererseits aber im Falle von Renitenz der Polizeibehörde überweisen. Von manchen Seiten wird das NEISSERsche System für zu kompliziert gehalten. Er selbst schlägt als Übergangssystem vor, die jetzige sittenpolizeiliche Untersuchung zu dezentralisieren und die Untersuchung und Behandlung der Prostituierten versuchsweise besonders legitimierten Ärzten und Anstalten zu überweisen; die Sittenpolizei solle nur dann eintreten, wenn diese Einrichtung nicht genüge. In ähnlicher Weise rät LESSER, daſs die aufgegriffenen Prostituierten von der Polizei zunächst nicht eingeschrieben, sondern Behandlungsanstalten zur Überwachung überwiesen werden, daſs diese Behandlungsanstalten aber der Polizei nachher keine Anzeige machen sollten. Personen, welche sich den Anordnungen dieser Anstalten freiwillig und regelmäſsig unterziehen, sollten frei von jeder sittenpolizeilichen Aufsicht bleiben, während für die Renitenten die Sittenpolizei im Hintergrunde als Schreckgespenst wirken solle. Die Vorbedingung für derartige Reformen, zu welcher sich auch andere Redner, wie BLASCHKO, BLOCK-Hannover, Dr. HAMMER-Stuttgart u. a. m. äuſsern, bildet jedoch die Aufhebung des § 361, 6 oder mindestens seines zweiten Teiles (Strafbarkeit der Prostitution an sich). Besondere Beachtung verdient das Wiederauftauchen des Interesses für die Kasernierung der Prostitution, nicht in ihrer alten Form von geschlossenen Bordellen, sondern in der Form von sogenannten Kontrollstraſsen, wie sie sich nach der Angabe von Prof. C. FRÄNKEL in Halle und Bremen auſserordentlich gut bewährt haben, ein System, welchem auch die sittlichen Schäden des alten Bordellwesens nicht anhaften sollen.

Die Verhandlungen des Kongresses, welche ausführlich demnächst in dem ersten Band der von dem Vorstand der Gesellschaft herausgegebenen *„Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“* erscheinen sollen, werden voraussichtlich den Ausgangspunkt tiefgreifender Reformen auf dem Gebiete der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bilden; sie verdienen die Beachtung aller einsichtigen Hygieniker und Sozialreformer.

Dermatologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 29. Januar 1903.

Originalbericht von LUDWIG MOBERG-Stockholm.

1. Dr. SEDERHOLM stellt ein elf Monate altes Kind mit **auſserordentlich ausgebreitetem Naevus** vor. Schon bald nach der Geburt wurde die ungewöhnlich starke Röte der Haut des Kindes bemerkt. Die rote Farbe war nicht gleichmäſsig über den ganzen Körper verbreitet, sondern hellere Partien waren dazwischen zu sehen, so daſs die Haut ein buntes Aussehen bekam. Die linken Extremitäten waren mehr als die der rechten Seite angegriffen, und beim Schreien des Kindes trat die Röte stets stärker hervor. Die Haut auf dem gröſsten Teil des Körpers zeigt Veränderung, obgleich diese jetzt weniger hervortritt als während der ersten Monate des Lebens. Die Farbe ist schwächer, gelbbraun und nur, wenn das Kind schreit, wird sie hellrot. Auf den Extremitäten laufen die gelbbraunen Streifen im ganzen in longitudinaler Richtung hin, ohne daſs man eine bestimmte Anordnung nach den VOIGTschen Linien oder nach irgend einem anderen Systeme beobachten kann. In der unteren Dorsalregion scheint die Anordnung hauptsächlich transversal zu sein. Am Penis gehen einige braune Streifen in der Längsrichtung, ebenso an der rechten Seite des Nackens. Der untere Teil des Rumpfes ist stärker als der obere angegriffen. Die Nägel der Hände und Füſse sind kurz und schmal und zeigen in ihrem distalen Ende transversale Faltung und dunkle Farbe, und man bemerkt keinen freien Rand, nur an der ersten, zweiten und fünften Zehe des rechten Fuſses sind die Nägel normal, und diese Zehen

sind auch die einzigen, wo die Hautveränderungen nicht bis zu den Nagelwurzeln reichen. Die dunkel gefärbten Flecke der Haut zeigen keine Veränderungen der Konsistenz, keine Schuppung. Nur die Felderung der Oberfläche ist hier deutlich gröber als an der normalen Haut. Die Grenzen der Hautveränderungen sind nicht überall scharf, stellenweise doch durch Pigmentanhäufung deutlich hervortretend.

Im Capillitium bestehen andere Veränderungen, nämlich scharf begrenzte, im Zentrum atrophische Flecke, welche zu Alopecien geführt haben. In der Umgebung sind einige zerstreute Follikulitiden zu sehen. Pilze wurden nicht gefunden. Die Veränderungen erinnern an die decalvierenden Follikuliten mit exzentrischer Ausbreitung.

Das Kind hat kürzlich die Masern gehabt, ist sonst gesund.

2. Dr. Möller demonstriert **mikroskopische Präparate von Naevi,** nämlich teils Präparate von weichen Naevi, wo der Zusammenhang zwischen den Retezapfen und den Anhäufungen der Naevuszellen in der Cutis deutlich zu sehen sind, teils Präparate von einem harten lichenoiden Naevus am Penis, wo die Diagnose zuerst auf Lichen planus gestellt wurde, wo aber die histologische Untersuchung einen in den Talgdrüsenmündungen lokalisierten Naevus ergab. Möller demonstriert aufserdem einen Patienten mit systematisiertem harten Naevus der linken Hand und zeigt einen Riesennaevus, welcher den ganzen Scheitel eingenommen hatte und kürzlich exstirpiert worden war.

3. Möller stellt eine 50jährige Frau vor, welche in der November-Sitzung vorigen Jahres demonstriert worden ist. Sie hatte damals ein **pfenniggrofses, oberflächliches Epithelioma nasi,** welches jetzt **durch Behandlung mit Finsenlicht vollständig geheilt** ist (nach 12 Séancen).

4. Möller demonstriert einige Patienten mit **Lupus der Mund- und Rachenschleimhaut** und betont die Schwierigkeiten, welche die Differentialdiagnose zwischen Lupus und Lues der Schleimhäute manchmal darbietet.

5. Dr. Afzelius demonstriert einen 23jährigen Mann, der seit drei Jahren an einem **rezidivierenden Ausschlage der Hände** leidet. Der Ausschlag, der jedesmal etwa drei Wochen besteht, wurde als Erythema multiforme papulatum recidivans aufgefafst. Derselbe Patient hatte seit acht oder neun Jahren um den rechten Ellenbogen einige gröfsere und kleinere Eruptionen von Lupus erythematosus.

6. Afzelius demonstriert einen **Fall von systematisiertem, vaskulärem Naevus der rechten Schulterregion.**

7. Dr. Antoni hält einen Vortrag über: **Die Prostitution bei den Völkern des Altertums, und deren Quellen.**

Sitzung vom 26. Februar 1903.

1. Dr. Möller demonstriert einen Patienten mit einem **chronischen mitunter bullösen Erythem der Füfse und Unterschenkel.** Der 71jährige Arbeiter wurde zweimal, zum erstenmal im Jahre 1901, wegen dieser Krankheit in M.s Spitalsabteilung aufgenommen und durch indifferente Behandlung in kurzer Zeit gebessert. Zum drittenmale wurde er im Dezember 1902 wieder aufgenommen. Die Krankheit, welche zuerst in den Füfsen lokalisiert war, hatte sich allmählich bis zum Knie ausgebreitet, und auch über den Flexionsseiten der Handgelenke zeigt die Haut Veränderungen.

Die Haut am Fufsrücken und an den Unterschenkeln ist etwas angeschwollen und besonders um die Malleolen gerunzelt. Die Hautfarbe ist gröfstenteils auffallend dunkel, cyanotisch, bei Diaskopie aber wird sie blafs. In den veränderten Hautpartien liegen unregelmäfsige Flecke, wo die Haut normal ist. An den oberen Teilen der Unterschenkel ist die Farbe mehr braun, als wenn die Haut hier stark pigmen-

tiert wäre. Man bemerkt doch, daſs diese Farbe durch parakeratotische Veränderungen der Oberhaut entsteht, denn wenn man durch kräftiges Reiben die oberflächlichen Hornschichten entfernt, wird eine glänzende, blaurötliche, nicht feuchte Epidermis sichtbar. Einige Mal wurden jetzt wie auch früher einfächerige bis bohnengroſse Bullae mit serösem, bisweilen blutigem Inhalte beobachtet, die in einigen Wochen wieder zurückgingen, ohne Spuren zurückzulassen. Es besteht kein Pruritus. Der Patient hat vor 25 Jahren Lues gehabt und leidet jetzt an einer mäſsigen Arthritis deformans der Fingergelenke; die Radialarterien sind deutlich rigid. Er ist sonst gesund.

Diskussion: SEDERHOLM glaubt, daſs man diese Krankheit eher zu den Ekzemen rechnen könne, und daſs die Ursache wahrscheinlich in den Varicen oder in senilen Veränderungen zu suchen sei.

AFZELIUS wollte den Namen Ekzem nicht billigen und hob hervor, daſs der Ausschlag wahrscheinlich eine trophische Störung durch Veränderungen der Gefäſse wäre.

MOBERG hatte einen ähnlichen Fall bei einem alten Herrn beobachtet. In diesem Falle bestand aber ein sehr intensiver Pruritus, und die Blasen, die einigemal um die Malleolen entstanden, waren kleiner. Auch hier bestand eine deutliche Arteriosklerose, welche wahrscheinlich von groſser Bedeutung bei dem Entstehen solcher senilen Erytheme ist.

2. SEDERHOLM stellt einen 30jährigen Arbeiter vor, der seit vorigem Herbst an **papulösem Ausschlage des Gesichts** leidet. Der Patient ist übrigens gesund, Frau und Kinder ebenso, er hat nie Lues gehabt. Die Krankheit ist zuerst im Barte am Kinn aufgetreten und hat sich allmählich über das Gesicht verbreitet.

Stirn, Augenbrauen, Nasolabialfurchen, untere Augenlider und Nase sind besonders befallen. Die Efflorescenzen scheinen in der Tiefe der Cutis als kleine Knötchen zu beginnen, welche allmählich der Oberfläche näher rücken und als kleine Papeln von etwa Miliumgröſse sich über das Hautniveau erheben.

Die Efflorescenz ist im Beginne als eine sehr schwache Resistenz ohne scharfe Begrenzung in der Cutis fühlbar, und die blaurötliche Farbe läſst sich mit dem Diaskope wegdrücken. Später werden die Papeln schärfer begrenzt und von mehr gelbbrötlicher Farbe. Beim Glasdruck werden sie dann als kleine, stark gelbe, rundliche oder eckige Flecke deutlich sichtbar. An den unteren Augenlidern sind die Papeln angehäuft, sonst stehen sie vereinzelt.

Es scheint, daſs mehrere Efflorescenzen sich um die Haarfollikel entwickeln, bei anderen kann man einen solchen Zusammenhang nicht beobachten. Die histologische Untersuchung ergab Zellanhäufungen um die Haarfollikel, meistens Plasmazellen, in den älteren Herden einige spärliche LANGHANSsche Riesenzellen ohne deutliche Nekrose in dem umgebenden, neugebildeten, zellreichen Gewebe. Tuberkelbacillen sind nicht gefunden worden. S. hat im Jahre 1897 einen ähnlichen Fall beobachtet. In diesem wurde doch der Anfang der kleinen Geschwülste nicht nur um die Haarfollikel, sondern auch um die Knäueldrüsen beobachtet, und sie enthielten zahlreiche Riesenzellen in kleinen nekrotischen Herden. Die Krankheit scheint von lupöser Natur zu sein und ist dieselbe, welche zuerst von TILBURY FOX 1878 beschrieben worden ist und jetzt als Lupus follicularis disseminatus bezeichnet worden ist.

3. ALMKVIST stellt einen 40jährigen Mann vor, der **auf streng symmetrischen Hautpartien eine blaurötliche Verfärbung der Haut** hat, ohne daſs man irgend eine andere Veränderung der Haut beobachten kann. Die Farbenveränderung, welche an einen Naevus vasculosus erinnert, ist vor einem Jahre zuerst an den Unterschenkeln aufgetreten und hat sich allmählich nach oben verbreitet, so daſs jetzt auch die Ober-

schenkel, Arme, Wangen und Ohren angegriffen sind. Beim Druck verschwindet die bläuliche Farbe fast überall, auf kleinen Flecken, besonders um die Follikel, verbleibt sie doch und scheint hämorrhagischer Natur zu sein. Der Patient leidet seit mehreren Jahren an Albuminurie und an Gelenkschmerzen der Kniegelenke; bei Auskultation des Herzens hört man ein blasendes Geräusch.

Diskussion: SEDERHOLM hat den Patienten früher gesehen und bemerkt, daſs derselbe auch sicher an Lues gelitten, weshalb auch eine antiluetische Behandlung indiziert ist.

MÖLLER betont dagegen, daſs die Albuminurie sicher die Ursache des Ausschlages sei und die antisyphilitische Behandlung nur dann indiziert wäre, wenn die Nephritis dadurch günstig beeinfluſst würde.

4. MOBERG demonstriert ein 15jähriges Mädchen mit **papulo-nekrotischem Tuberkulid (Lupus erythematosus disseminatus BOECK)**. Die Eltern des Kindes sind beide an Lungentuberkulose gestorben, und sie ist selbst seit ihrer Kindheit skrophulös. Vor vier Jahren wurde sie wegen einer tuberkulösen Halsdrüse operiert. Neue und gröſsere Halsdrüsengeschwülste wurden bald nach der Operation bemerkt, und etwas später entstand auch der Ausschlag an den unteren Extremitäten, der noch besteht. Die Efflorescenzen der Hände bestehen erst seit einem Jahre und sind zum erstenmale gleichzeitig mit einer Verschlimmerung ihres Allgemeinbefindens aufgetreten. Die einzelnen Efflorescenzen heilen nach kürzerer oder längerer Zeit, aber immer treten neue dazu. Die meisten Efflorescenzen an den Händen befinden sich auf der Dorsalseite der Finger, einige doch auch auf der Volarfläche. An den unteren Extremitäten sitzen die meisten an den Zehen, dem äuſseren Fuſsrande entlang und an der hinteren Seite der Unterschenkel. Man sieht Efflorescenzen in verschiedenen Entwickelungsstadien und besonders an den Fingern rundliche charakteristische Narben. Die meisten Efflorescenzen sind hanfkorngroſs oder etwas gröſser, und ihr Aussehen entspricht in allgemeinen BOECKS klassischer Beschreibung. Man kann keine bestimmte Abhängigkeit von den Follikeln beobachten. Die Evolutionszeit der gröſseren Efflorescenzen ist nach den Angaben der Patientin 3—4 Wochen, aber auſser diesen gröſseren Efflorescenzen mit zentraler, tiefer Destruktion gibt es auch mehr oberflächliche, akneähnliche Pustelchen, die viel schneller heilen und keine Narben hinterlassen. Die Hautfarbe an den Händen und Füſsen ist cyanotisch. Am Halse sind sehr groſse Drüsenpakete, und auch in den Lungen sind jetzt tuberkulöse Veränderungen.

Aus den Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Breslau 1901.

Ein Fall von streifenförmiger Sklerodermie an Stirn und Nase, von HERRMANN-Breslau. Bei einer 30jährigen Frau zeigte sich ein von der Stirnhaargrenze fast in der Mitte der Stirn bis auf den Nasenrücken ziehender, $1^1/_2$ cm breiter, in der Mitte eingezogener, auf der Unterlage nicht verschieblicher brauner Streifen. Die Erkrankung hatte sich im Laufe eines Vierteljahres aus einer anfänglichen Verfärbung der Haut entwickelt und ist schon seit mehreren Jahren unverändert geblieben. Der Streifen folgt mit ziemlicher Genauigkeit dem Verlaufe einer VOIGTschen Grenzlinie. Besserung durch Elektrolyse, entschiedene Tendenz zur Heilung seit Anwendung von Thiosinamin-Injektionen.

Thiosinamintherapie, von JULIUSBERG-Breslau. Die von H. v. HEBRA empfohlenen Thiosinamin-Injektionen wurden in der Breslauer Klinik bei Sklerodermie, hypertrophischen Lupusnarben und Narben aus anderer Ursache erprobt. Die Wirkung

war meist eine günstige und rasche: die von Sklerodermie befallenen Hautpartien wurden weich und faltbar; die Narben flachten sich ab, wurden weich und dehnbar. Es wurde eine 10%ige Lösung mit 20% Glycerinzusatz injiziert. Die örtliche Anwendung von UNNAS Thiosinaminpflastermullen wirkt günstig in den Fällen, in denen die Injektionen Erfolg haben, ist aber oft mit mehr oder weniger starken Reizerscheinungen verbunden. Unangenehme Nebenwirkungen der Einspritzungen wurden einmal — bei der vorerwähnten Sklerodermiekranken — in Form eines ausgedehnten masernähnlichen Exanthems beobachtet. Versagt hat das Thiosinamin bei frischen lupösen Herden, bei einigen Narbenkeloiden nach Verbrennung und Heifsluftbehandlung und bei Fällen von plastischer Induration der Corpora cavernosa.

Über die Wirkung des Thiosinamins bei Gesichtslupus, von SCHOLTZ-Breslau. In einem Falle sehr bedeutender narbiger Zusammenziehung der Gesichtshaut, besonders in der Gegend der Mundöffnung, wurde durch Thiosinamin-Einspritzungen in sechs Wochen eine so starke Erweichung des Gewebes erreicht, dafs die vorher aufgehobene Mimik und Sprache wieder etwas ermöglicht wurde und die vorher sehr erschwerte Ernährung keine Schwierigkeiten mehr machte. Es konnte nunmehr auch eine operative Erweiterung des Mundes mit Erfolg vorgenommen werden.

Ein Fall von RAYNAUDscher Krankheit, von HERRMANN-Breslau. Beginn der Erkrankung im 20. Lebensjahre einer etwas schwächlichen und anämischen, im übrigen aber gesunden Patientin. Zunächst an den Handrücken, dann an den Fingerspitzen, später im geringerem Mafse auch an den Endphalangen der Zehen bildeten sich unter Schmerzanfällen weifse Flecken mit rotem Hofe, die bald ulcerierten und Eiter absonderten und mit weifsen, glänzenden Narben abheilten. Die Farbe der Finger und Zehen war gewöhnlich bläulich-rot, in der Kälte wurden sie weifs und waren wie abgestorben. Die Arbeitsfähigkeit war völlig gestört. Auch die Zunge wurde von Zeit zu Zeit befallen; anfallsweise wurde sie plötzlich weifs, schwer beweglich, die Sprache erschwert. Die Therapie hatte keinen nennenswerten Erfolg.

Circumskripte, flächenhafte Atrophien oder Sklerodermie der Haut? von JULIUSBERG-Breslau. Ohne dafs irgend welche entzündlichen oder sonstigen krankhaften Erscheinungen vorausgegangen sind, haben sich bei einer jetzt 53jährigen Frau an verschiedenen Stellen des Körpers Hautatrophien gebildet. Ein grofser Herd auf der Brust, ein anderer am rechten Unterarm und drei kleinere am linken Oberschenkel bestehen, ohne sich im geringsten verändert zu haben, seit ein bis zwei Jahrzehnten. Im letzten Jahre ist ein neuer grofser Herd in der linken Ellenbeuge hinzugekommen. Sämtliche Herde sind scharf begrenzt, leicht bräunlich pigmentiert, die Haut hat seidenartigen Glanz und läfst sich in feinen Falten erheben. Der jüngste Herd ist von einem $^1/_2$ cm breiten, blafsrosa gefärbten Saum begrenzt, der an den Lilac-Ring der Sklerodermie erinnert. Subjektive Beschwerden waren nie vorhanden; objektiv keine Sensibilitätsstörungen.

Zwei Fälle von partieller Atrophia cutis mit auffallend symmetrischer Verteilung, von C. MANN-Breslau. Die beiden Fälle betreffen Frauen höheren Lebensalters, die seit vielen Jahren an starken Varicen- und Geschwürsbildungen der Unterschenkel zu leiden hatten und bei denen die Haut der Unterschenkel im Laufe der Jahre sehr glatt und dünn, stark pigmentiert und bunt geworden war. Bei beiden Frauen fanden sich symmetrisch auf beide Körperhälften verteilt grofse Hautpartien im Zustande hochgradiger Atrophie; die Haut an diesen Stellen war schlaff, sehr dünn, fein gefältelt, stärker pigmentiert als die gesunde Haut und sehr verschieblich gegen das subcutane Gewebe. Über die Entstehungsweise der Atrophie ist in beiden Fällen nichts bekannt, bei beiden war am Nervensystem nichts Pathologisches nachweisbar.

Ein Fall von Mykosis fungoides von Lichen ruber planus-ähnlichem Aussehen, von SCHÄFFER-Breslau. Der vom Verfasser beschriebene Fall ist besonders in diagnostischer Hinsicht bemerkenswert. Bei der ersten Besichtigung der Kranken war das Krankheitsbild einem circinären Lichen ruber planus vollständig ähnlich. Zwar wurde von Anfang an auf Grund einzelner derber Infiltrate, namentlich im Zentrum der gröfseren Herde, eine beginnende Mykosis fungoides auch in Erwägung gezogen, indessen mit Rücksicht auf die fast an allen Stellen erkennbaren polygonalen, wachsglänzenden Knötchen doch die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Lichen planus gestellt. Der weitere Verlauf und vor allem der günstige Einflufs der Arsentherapie mit stellenweise vollständiger Abheilung gröfserer Herde schien eine Zeitlang die Diagnose noch zu stützen, bis in letzter Zeit (ein halbes Jahr nach der ersten Besichtigung) durch das Auftreten pilzförmiger Tumoren die Entwicklung einer Mykosis fungoides aufser allem Zweifel war.

Fall von Hautsarkom, von SCHIRRMACHER-Breslau. Nach einem Sturze auf den rechten Arm bildeten sich bei einem 42jährigen Manne zunächst in der Ellenbeuge, dann am Olekranon und Oberam Tumoren von derb elastischer Konsistenz und Taubeneigröfse. Die Haut, das subcutane Zellgewebe und das Muskelgewebe des ganzen Armes gerieten in einen Zustand diffuser, starrer Infiltration, die Tumoren waren mit diesem infiltrierten Gewebe fest verwachsen. Die Haut über den Tumoren war glatt, glänzend, bläulich bis rötlich gefärbt, stellenweise erodiert und ulceriert. Ödem des Vorderarmes und der Hand, geringe Axillardrüsenschwellung, nirgends Druckempfindlichkeit oder spontane Schmerzhaftigkeit. Arsentherapie erfolglos, daher Exartikulation der Extremität. Nach der mikroskopischen Untersuchung schliefst Verfasser die sarkoiden Geschwülste, leukämische Tumoren und Mykosis fungoides aus und entscheidet sich für die Annahme eines echten Sarkoms (Rundzellensarkom).

Mehrere Fälle von sog. Dermatitis lichenoides pruriens (Lichen chronicus VIDAL), von SCHOLTZ-Breslau. Für die unter den Namen „Lichen chronicus VIDAL" und „Neurodermitis BROCQ" bekannte Krankheit hat NEISSER die Bezeichnung „Dermatitis lichenoides pruriens" vorgeschlagen, weil der Name „Lichen" für den Lichen ruber reserviert bleiben soll und die Auffassung des Leidens als „Neurodermitis" noch nicht genügend gestützt erscheint. NEISSER reiht die Affektion der Gruppe der Ekzeme an, weil die Neigung zur Ekzematisation stets deutlich ausgesprochen ist, und hält sie für parasitär. Neben einer Anzahl typischer Fälle mit circumskripten Herden an den Prädilektionsstellen (Gelenkbeugen, Nacken und Innenfläche der Oberschenkel) stellt der Vortragende noch zwei besonders bemerkenswerte Fälle vor. In dem einen war die Differentialdiagnose zum Lichen ruber planus aufserordentlich erschwert, und der weitere Verlauf sowie die mikroskopische Untersuchung ergaben tatsächlich die Richtigkeit der Diagnose Lichen ruber. Der andere Fall zeigt die Dermatitis lichenoides nach 12jährigem Bestehen fast über den ganzen Körper verbreitet, einige Herde haben sich dabei zu eigentümlichen, tumorartigen Infiltraten entwickelt. — An der der Demonstration folgenden lebhaften Diskussion beteiligten sich EHLERS, NEISSER, ROSENTHAL, TOUTON, NEUBERGER, HARTTUNG, WOLFF, BLASCHKO, HERXHEIMER, LEDERMANN, SCHOLTZ. Der Ansicht, dafs die Affektion eine wohl charakterisierte, selbständige Krankheitsform darstellt, wurde von keiner Seite widersprochen. Dagegen fand die von NEISSER vorgeschlagene Bezeichnung wenig Anklang, wenn auch zugegeben wurde, dafs der Name „Neurodermitis" nicht pafst. TOUTON sieht das Wesentliche der Krankheit in dem Pruritus und meint, dafs den entzündlichen Erscheinungen nur eine untergeordnete Rolle zukomme resp. eine eigentliche Dermatitis überhaupt nicht immer vorhanden sei. Er wie die meisten anderen ziehen den alten Namen Lichen chronicus vor. Demgegenüber betont SCHOLTZ, dafs bei der Affektion klinisch stets

eine Dermatitis vorliege und auch mikroskopisch in allen Stadien nachweisbar sei. Dafs die Dermatitis sekundär sei und das Primäre und Wesentliche in dem lokalen Pruritus liege, sei mindestens unbewiesen. — Der Auffassung NEISSERS von der parasitären Natur des Leidens haben sich speziell WOLFF und BLASCHKO angeschlossen. — Die von NEUBERGER angeregte Frage, in welcher Beziehung der Lichen chronicus zum Lichen ruber stehe, wurde einmütig dahin beantwortet, dafs die Differentialdiagnose zuweilen wohl recht schwer sei, ein Zusammenhang zwischen beiden aber keineswegs bestehe.

Fall zur Diagnose, von RAU-Breslau. Angeblich seit Geburt bestehende Affektion, die symmetrisch die vordere und hintere Achselgegend, Beuge- und Streckseiten der Ellenbogengelenke und der Hände, Inguinal- und Intercruralgegend, sowie die Glutaeal-Cruralfurche und die Knieregion befallen hat. Überall finden sich trockene, schuppende, erhabene, starr infiltrierte und schwer faltbare Flächen von bläulich-roter Farbe; deutliche Ausprägung aller Furchen, meist scharfe Abgrenzung gegen die gesunde Umgebung, stellenweise zackige Ausstrahlungen der infiltrierten Zone in die Nachbarschaft. Kein Juckreiz, keine Störung des Allgemeinbefindens. Eine Schwester des Kranken soll ein ähnliches Leiden haben. Am meisten erinnert das Bild an Infiltrationen bei Pityriasis rubra pilaris. — HAVAS macht auf eine eigentümliche Einschnürung an den Zeigefingern aufmerksam, die sich ganz ähnlich bei Ainhum findet.

Fall von Erythema exsudativum perstans, von OTTO SACHS-Breslau. Ein alter Mann erkrankte vor fünf Jahren zuerst und seither wiederholt an einem eigentümlichen Ausschlag, der stets akut ohne subjektive Vorboten begann. Die Einzelefflorescenzen bestehen zunächst in einer kreisrunden, linsengrofsen, blafsroten, quaddelartigen, leichten Erhebung, erreichen in 8—10 Tagen durch peripheres Wachstum Fünfmarkstück- bis Handtellergröfse. Nach einiger Zeit sinkt das Zentrum ein, nimmt gelblich-bräunliche Farbe an, der periphere Wall schreitet weiter vor und heilt nur sehr langsam, nach wochen- und monatelangem Bestehen unter bräunlich-bläulicher Verfärbung der Haut ab. Im geheilten Zentrum entstehen oft neue kleine Primärefflorescenzen. — Mikroskopisch fanden sich zahlreiche kleinzellige Infiltrate, die in Form von Nestern sich an die Gefäfse anschlossen, im Cutisbindegewebe diffus zerstreut lagen. — NEISSER fafst den Fall als Erythema exsudativum perstans auf, da gegen Urticaria der lange Bestand der Efflorescenzen und der mikroskopische Befund sprechen und gegen Erythema exsudativum multiforme aufser diesem Bedenken auch die atypische Lokalisation. — In der Diskussion, in der F. J. PICK über ähnliche Fälle berichtet, wird von KAPOSI dieser Fall als Urticaria perstans bezeichnet.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Fachzeitschriften.

American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases.

1903. No. 1.

1. **Können wir beim gegenwärtigen Stand der Bakterienlehre deren Beziehungen zur Pathologie der Haut genau begrenzen?** (Sammelreferat.) Dieser Artikel stellt eine Anzahl von mehr oder minder ausführlichen Berichten bekannter amerikanischer Fachkollegen zusammen, deren Grundton der ist, dafs zwar die Bakterien in der Dermatopathologie zweifellos keine unbedeutende Rolle spielen, dafs aber die

Akten darüber, abgesehen von den allgemein als parasitär erkannten Dermatosen, noch nicht geschlossen sind.

2. **Über Blasendivertikel beim Manne,** von Louis E. Schmidt-Chicago. Man hat zu unterscheiden zwischen wahren und falschen Divertikeln. Erstere bilden eine Ausbuchtung der Blase selbst, wobei deren verschiedene Gewebslagen persistieren, während ein Pseudodivertikel durch Hereinwachsen irgend eines anderen Organs oder Prozesses in die Blasenwand entsteht, etwa durch die Kommunikatian eines Abscesses oder einer Geschwulsthöhle mit der Harnblase. Angeborene Divertikel sind sehr selten. Ein Blasendivertikel beginnt mit dem Auftreten einer partiellen Hypertrophie der Wand der Blase, worauf eine konsekutive Dickenabnahme der durch hypertrophische Lagen eingegrenzten Wandzone erfolgt. Mit anderen Worten: das erste Stadium der Divertikelbildung ist das Erscheinen von Trabekeln. Letzteres ist die Folge einer Überarbeitung der Blase, einer Überschätzung ihrer Kapazität, zu welcher meist permanente, in der Urethra gelegene Abflufshindernisse führen. Mit der gesteigerten Spannung der Blase geht auch ein steigendes Miktionsbedürfnis einher, so dafs die Muskeln der Urinblase nicht nur stärker, sondern auch kräftiger in Kontraktion versetzt werden. Auch wenn der drängende Blaseninhalt die Wände wirklich nicht vortreibt, so wird doch immerhin durch die Zunahme der Trabekelbildung der Eindruck einer Ausbuchtung geschaffen werden. Beim Vorhandensein einer präexistierenden Pericystitis oder einer alten interstitiellen Cystitis oder einer entzündlichen Infiltration der Muskelstränge vermag dann eine wirkliche, bruchartige Vorstülpung der verdünnten Wand des Divertikels aufzutreten. Wie grofs sich eine solche Vorstülpung schliefslich gestaltet, das hängt ganz und gar von der Elastizität der Blasenwand ab. Die Offnung, also der Eingang zum Divertikel, pflegt zuerst rhomboid zu sein, um später rundlich zu werden. Im Bezirk des Trigonums finden sich Divertikel niemals, weil dieser Teil der Blasenwand durch unterliegende Organgewebe gestützt ist. Diese enge Verbindung dieses Blasenteils hindert auch die Kontraktion der Muskulatur hier sehr, sowie damit die Bildung von Trabekeln. Cystoskopisch wird ein wahres Divertikel stets den Anblick einer dunklen Höhle ergeben, da es nur in seltenen Fällen gelingt, Licht in den Blindsack hineinzuwerfen. Die Beschwerden, die ein Divertikel erregt, treten meist hinter jenen zurück, welche dem Grundleiden zuzuschreiben sind. Doch lassen dumpfe Schmerzen im Hypogastrium, Foetor der letzten Tropfen Harn, Auftreten terminaler trüber und eitriger Harntropfen bei sonst klarem Urin auf das Vorhandensein eines oder mehrerer Divertikel schliefsen. Bei gleichzeitiger Pericystitis kommen mit den Miktionen heftige stechende Schmerzen zur Beobachtung. Zuweilen bilden Divertikel Schlupfwinkel für Blasensteine. Die Therapie hat einen schweren Stand beim Vorhandensein von Divertikeln. Reinigung derselben durch Auswaschungen mit Desinfizentien ist zu versuchen. Französische Autoren haben auch die Resektion des Divertikels mit konsekutiver Naht nach Leparotomie vorgeschlagen.

3. **Klinische Mitteilungen über die Behandlung vorgeschrittener Harnröhrenverengerung durch kombinierte Urethrotomie und Sectio perinealis,** von Reginald Harrison-London. Der Verfasser berichtet zwei Krankengeschichten, nämlich die eines 51jährigen und eines 45 Jahre alten Kranken, bei denen erfolgreich die externe Urethrotomie vom Damme aus mit der internen verbunden ausgeführt worden ist. Es handelt sich in solchen Fällen um kontraktile Strikturen, bei denen die Dehnung keinerlei nachhaltige Wirkung ausübt und die den begleitenden Umständen und ihrer Lokalisation nach eigentlich der Sectio perinealis vorbehalten zu sein scheinen.

4. **Endovesikale Chirurgie unter besonderer Berücksichtigung der Cystoskopie und des Harnleiterkatheterismus,** von F. Kreissl-Chicago. Die Abhandlung gibt eine Übersicht über die Methoden der in der Überschrift genannten Eingriffe, ohne Neues zu bringen.

5. **Epicarin als juckstillendes Mittel,** von Max Reichmann-Chicago. Kurze klinische Kasuistik. Epicarin als 10—15%ige Salbe sistierte im Falle einer scabiösen Familie sofort das Jucken. Nur das jüngste, fünf Jahre alte Kind zeigte nach dem Gebrauch der Salbe eine Hautentzündung. Dieselbe prompte antipruriginöse Wirkung beobachtete der Verfasser bei dem seit drei Jahren bestehenden Lichen ruber planus einer Dame, bei der das Epicarin in 10%iger spirituöser Lösung zur Anwendung gelangte. Letztere beseitigte auch sofort den Juckreiz bei einer Kranken, welche nach Austerngenuſs eine Urticaria acquiriert hatte. Mit einer Bürste aufgetragen behob der 10%ige Epicarinalkohol ferner das Jucken bei einer Trichophytie des Handrückens und der Wangen bei einem Knaben von acht Jahren, sowie in 15%iger Konzentration bei einer chronischen Intertrigo eines Apothekers.

6. **Die Koilonychie und ihre wirksame Behandlung,** von A. H. Ohmann-Dumesnil-St. Louis. Verfasser gibt die Krankengeschichten von vier Fällen dieser Nagelkrankheit wieder. Fall I betraf eine 18jährige neurasthenische Dame. Die Nägel beider Hände waren löffelförmig und dünn. Ein leichter Druck auf einen Nagel verursachte unter lebhaftem Schmerz eine etwa 15 Sekunden stehen bleibende Delle. Fast alle Nägel zeigten auch andere Symptome von trophischer Störung. Das Dünnerwerden der Fingernägel begann mit der zuerst auftretenden Menstruation vor drei Jahren. Der Fall heilte unter Phosphormedikation und folgender lokaler Einreibung:

Stanni oleat. 3,75
Lanol. puriss.
Ung. aq. ros. aa 15,0
MDS-Salbe, täglich zweimal einzureiben.

Fall II betraf eine 32jährige syphilitische Kranke, welche, in der Ehe infiziert, ein über den ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichts, verbreitetes squamöses Exanthem, sowie deutliche Koilonychie der Fingernägel aufwies. Letztere, gekrümmt und völlig cyanotisch, bildeten sich bald unter allgemeiner spezifischer Therapie der Norm zurück.

Ein dritte Fall, einen 26jährigen Herrn betreffend, führte unter folgender Therapie zur Heilung: Salbe wie in Fall I. Intern:

Acid. arsenicos 0,18
Pulv. piper. nigr. 11,25
Extr. Gentian. 9,5
M. fiant. caps. No. 60
S. nach jeder Mahlzeit eine Kapsel.

7. **Urticaria, ihre Zufälle und Behandlung,** von S. C. Martin-St. Louis. Nichts Neues bringende kurze Abhandlung.

8. **Pathogenese und Behandlung der Zuckerharnruhr.** Die Therapie bei Diabetes mellitus muſs mehr eine hygienisch-diätetische sein, als eine medikamentöse. Nicht zu weit zurückgekommene Diabetiker sollen sich an freier Luft ausarbeiten, damit sie möglichst viel Sauerstoff einatmen und damit viel Zucker in den Lungen zur Verbrennung bringen können. Mit der Entziehung der Kohlehydrate gehe man langsam vor. Zu schroffe Entziehung und zuviel Eiweiſsnahrung sind oft die direkte Veranlassung zu komatösen Zuständen infolge Vergiftung durch Oxybuttersäure. Bei

Acetongehalt des Urins steige man mit den Stärkemehlen in der Nahrung. Medikamentös tun Arsen, Eisen, Strychnin und alkalische Salze unter Umständen gute Dienste.

Hopf-Dresden.

The British Journal of Dermatology.

Band 15. Februar 1902.

I. **Ein seltener seborrhoischer Zustand des Gesichts,** von J. J. Pringle-London. Eine im Haushalte viel beschäftigte, den Küchendämpfen und dem Herdfeuer Tag für Tag exponierte Frau, die gerne grofse Quantitäten Thee trank, bekam Anfang November 1901 zuerst an den Seiten der Nase, später am Kinn, schliefslich am ganzen Gesicht einen Ausschlag, der als desquamative Dermatitis angesehen und behandelt wurde. Der Zustand besserte sich zwar, es blieb aber an der Nase und den benachbarten Teilen der Wange eine rosaceaähnliche Röte bestehen, während die übrigen Partien des Gesichts dicht besät waren mit Efflorescenzen, die man als Adenomata sebacea diagnostizierte.

Das charakteristische Merkmal der Affektion bildeten die zahllosen, stecknadel- bis kleinerbsengrofsen, knotigen Prominenzen, welche bei Kongestion eine hellrote, in anämischem Zustande oder auf Druck eine bräunliche Farbe zeigten. An der Kopfhaargrenze brach der Zustand jäh ab.

Komedonen, Aknepusteln sind nirgends vorhanden. Die Kopfhaut zeigt nur geringe Seborrhoea sicca. Histologisch lokalisieren sich die einzelnen kleinen Papeln rund um einen Haartalgfollikel. Die Follikelmündung ist nicht besonders grofs oder erweitert, es sind hier auch keine Pfröpfe vorhanden, wie bei der Akne. Das Haar im Follikel ist normal. Es besteht keine Akanthosis; die Hornschicht erweist sich als normal. Die einzigen pathologischen Merkmale bemerkt man um den Haarfollikel herum, besonders in seinen tiefer gelegenen Teilen, wo eine ausgedehnte Zellinfiltration besteht, die sich hauptsächlich aus mononukleären und polynukleären Leukocyten und einigen Bindegewebskörperchen zusammensetzt. Weder Plasmazellen noch Mastzellen noch irgend welche Mikroorganismen sind nachweisbar.

Unter der Behandlung mit einer ziemlich starken Resorcin-Schwefelpaste ist das Gesicht der Patientin glatt geworden und es auch seitdem geblieben. Nur eine schwache Rosacea pflegt sich gelegentlich, namentlich nach Diätfehlern, einzustellen.

II. **Mykosis fungoides,** von J. H. Stowers. Der Verfasser teilt zunächst ausführlich die Krankengeschichte eines Falles mit, der einen 31jährigen, unverheirateten, früher stets gesunden Mann betraf. Im Jahre 1899 erkrankte er an einem hartnäckigen, subakuten Ekzem der Stirn, Augenlider, Wangen und des Halses.

Als Verfasser den Patienten zum ersten Male im November 1901 sah, zeigte derselbe, abgesehen von dem ekzematoiden Zustande an den erwähnten Stellen, noch an der Vorderfläche des Sternums, am Abdomen, Rücken, an den Schultern, Oberschenkeln und am Gesäfs ziemlich symmetrisch angeordnete, verschieden grofse, rundliche, aber unregelmäfsig begrenzte, infiltrierte Plaques, welche stellenweise mit benachbarten konfluierten und auf diese Weise ganze Hautstrecken in Mitleidenschaft zogen. Wo sich die Infiltrationen zurückbildeten, blieb eine dunkelrote oder braune Pigmentierung zurück, die der Haut ein für den Fall eigentümliches, fleckiges Aussehen verlieh.

Im Anschlufs an diese Krankengeschichte stellt Verfasser aus der einschlägigen Literatur der letzten zehn Jahre in kurzen Auszügen die Krankengeschichten von 31 Fällen zusammen und knüpft an dieselben Betrachtungen über die Varietäten, Nomenklatur, Symptomatologie und Pathogenese der Mykosis fungoides.

C. Berliner-Aachen.

The Journal of cutaneous diseases.

Band 21. Januar 1903.

I. **Dermatitis coccidioides**, von D. W. Montgomery, H. A. L. Ryfkogel und Howard Morrow. Ein 54jähriger, tuberkulös nicht belasteter, mit Syphilis nie dehaftet gewesener Mann bemerkte im Jahre 1894 eine langsame, aber stetige Vergröſserung der linken Hand und des Vorderarmes. Im nächsten Jahre begann das linke Bein gröſser zu werden. 1899 bekam der Patient einen Ausschlag, welcher mit Hinterlassung von Pigmentflecken nach einiger Zeit wieder verschwand. Im Jahre 1901, als Patient in die Behandlung von Montgomery kam, bestand Hypertrophie der Haut und des subcutanen Gewebes des linken Armes, der linken Hand, beider Unterschenkel und des linken Fuſses; die Knochen selbst schienen nicht vergröſsert. Über der Brust und am Abdomen bemerkte man als Überbleibsel des früheren papulösen Ausschlages braune, erbsengroſse, unregelmäſsig gestaltete Flecken mit einem durchscheinenden Zentrum, so daſs sie den von Lichen planus herrührenden Flecken auſserordentlich ähnlich sahen. Am linken Vorderarm und linken Handrücken waren Papeln, Pusteln und Knoten, zumeist einzelnstehend, zu sehen. Der Ausschlag hatte nach den Angaben des Patienten groſse Ähnlichkeit mit dem auf der Brust abgeheilten. Auſserdem bestand eine pustulöse Folliculitis an der rechten Halsseite nahe dem Ohr. Dieses war um das Doppelte verdickt, gerötet, glänzend und gespannt. Das Allgemeinbefinden des Patienten schien gut zu sein. Derselbe wurde anfangs auf Syphilis, aber ohne jeden Erfolg, behandelt. Eine zweimonatliche Behandlung mit X-Strahlen führte Abflachung der Knoten, Eintrocknen und schlieſsliches Verschwinden der Pusteln herbei. Im Dezember 1901 verschlimmerte sich auffallend rapid, wahrscheinlich unter dem Einflusse der internen Infektion, das Allgemeinbefinden des Kranken. Unter Dyspnoe, Fieber, groſser körperlicher Schwäche und einem erneuten Ausbruche der Efflorescenzen trat der Tod ein.

Die postmortale Untersuchung stellte als Hauptbefund fest dichte Infiltration der Lungen und der Nebennierenkapseln mit Knötchen, welche den Miliartuberkeln sehr ähnlich sahen und aus granulomatösem, zahlreiche Riesenzellen und eingekapselte Gebilde enthaltendem Gewebe bestanden.

Anlegung von Kulturen ergab anfangs ein negatives Ergebnis, später jedoch stets einen Pilz, bei dem man einen doppelten Wachstumscyklus wahrnehmen konnte, einen in den Geweben und den anderen auf künstlichen Nährböden. In den Geweben nimmt der Pilz kugelförmige Gestalt an. Die Kugel ist von einer doppeltkonturierten Kapsel umgeben und zeigt verschiedene Gröſse. Die kleineren Kapseln haben einen klaren oder körnigen Inhalt, die gröſseren sind von endogenen Sporen erfüllt. Diese letzteren sind rund, scharf begrenzt und stark lichtbrechend. Mycelien sind in den Geweben nirgends zu sehen, wohl aber auf Nährböden, wo sie sich rapide verzweigen. Gelatine verflüssigt der Pilz nur langsam; er gedeiht auf allen gewöhnlichen Nährböden, nicht aber anaërob. Überimpfungen auf Meerschweinchen sind nicht als gelungen anzusehen, weil bei der erforderlichen Menge des Impfmaterials die Tiere zu Grunde gehen, noch ehe die Krankheit zur vollen Entwicklung gelangt ist.

II. **Favus des Scrotums mit gleichzeitiger Trichophytie des Oberschenkels**, von A. D. Newborn-New York. Bei dem 20jährigen Patienten war die innere und vordere Fläche des linken Oberschenkels in der Genitocruralregion bedeckt von einem handtellergroſsen, dunkelroten, schuppigen Flecke, der von einem erhabenen, scharf begrenzten, papulo-vesikulösen Rande umgeben war. Durch Konfluenz mit anderen benachbarten Plaques bekam die befallene Stelle ein landkartenartiges Aussehen. An der vorderen Fläche des Scrotums entlang der Raphe befanden sich typische Favusscutula von hellgelber Farbe, weicher, als man sie sonst auf der Kopfhaut antrifft.

An anderen Körperstellen, namentlich der Kopfhaut, war weder von Favus noch von Trichophytie etwas zu sehen.

Die mikroskopische Untersuchung von kleinen Hautstückchen des Oberschenkels und des Scrotums ergaben an ersterem den typischen Trichophyton-, an letzterem den Favuspilz. Ein gleiches Resultat ergab die bakteriologische Untersuchung.

Angesichts dieses Ergebnisses streift Verfasser die Frage der Identität des Trichophyton- und Favuspilzes, und wenn er dies auch nicht für wahrscheinlich hält, so glaubt er doch, dafs der Trychophytonpilz an verschiedenen Körperteilen, wo die Bedingungen der Nährböden verschieden sind, zwei klinisch von einander distinkte Krankheitsbilder hervorrufen könne. Hierbei erinnert Verfasser an BUKOVSKYS experimentelle Studien zum Favuspilz, bei denen der Autor die Beobachtung machte, dafs, je indifferenter die Haut sich gegen den Favuspilz zeigt, desto wahrscheinlicher die Bildung eines Favusscutulums sei; je kräftigere Reaktion jedoch die Haut gegen das Achorion Schönleinii einsetze, desto geringer sei die Neigung zur Scutulumentwicklung.

III. Hautblastomykosis, gefolgt von Larynx- und Lungentuberkulose, von F. H. MONTGOMERY-Chicago. Ein 30jähriger Mann, bei dem es zweifelhaft sein kann, ob er nicht im Jahre 1891 Syphilis acquiriert hat, bekam, nachdem er 1898 geheiratet und ein gesundes Kind gezeugt hatte, im Juli 1899 am Ohrläppchen ein kleines Knötchen dicht neben einem Mal. Der Patient erinnert sich, dafs er dasselbe oft mit seinen Fingernägeln aufgekratzt, dafs sich immer eine Kruste gebildet habe, das Mal gröfser geworden sei und um dasselbe neue Papeln entstanden seien. Teile der befallenen Haut ulcerierten, während andere abheilten. Die Peripherie der ganzen erkrankten Partie hatte ein warzenähnliches Aussehen, fühlte sich aber weich an. Bei genauer Besichtigung zeigte sich dieser verruköse oder papilliforme Rand stellenweise dicht besät von feinen, miliaren Abscessen, aus denen ein glasiger Schleim abgesondert wurde. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab eine grofse Zahl charakteristischer Organismen in allen Stadien der Entwicklung.

Unter Jodkalium und Tonicis besserten sich alle Erscheinungen. Auch die Pharyngitis, die bestanden hatte, ging zurück. Zwei Monate später stellten sich akute Pharyngitis und Laryngitis, Fieber und Nachtschweifse ein. Die Untersuchung der Lungenspitzen ergab feuchtes Rasseln, des Kehlkopfes Larynxgeschwüre. Einige diesen entnommene Partikelchen enthielten mikroskopisch zahlreiche Tuberkelbacillen und auch einige Blastomyceten. November 1901 starb der Patient.

Verfasser hält das Zusammentreffen von Blastomykosis und Tuberkulose für ein zufälliges und wundert sich nur, dafs sekundäre Infektion mit Tuberkelbacillen nicht häufiger bei der Hautblastomykose vorkomme, bei welcher ulcerierende, weiche, papillomatöse Fläche für Monate und Jahre den Bakterien der Luft ausgesetzt sind. Sekundäre Eiterinfektion findet sich häufiger in solchen Fällen, während unter 85 bisher in der Literatur publizierten Blastomykosisfällen nur bei zweien Tuberkulose nachgewiesen worden ist.

IV. Fibrosarcoma cutis, von J. C. JOHNSTON. Das fibroblastische Sarkom zeigt einige klinische Merkmale, welche für diesen Typus charakteristisch sind und ihn makroskopisch vom Endotheliom und Epitheliom unterscheiden. Diese Merkmale sind: sehr geringe Malignität, das Fehlen von Metastasen in der Haut, in den Drüsen und inneren Organen, das sehr langsame Weiterschreiten, die Neigung, nach einer Richtung hin sich auszudehnen, nach der anderen sich spontan zurückzubilden, das Fehlen von Pigmentulceration ist nur oberflächlich und auch dort nur vorhanden, wo der Tumor beständig der Reibung der Kleider ausgesetzt ist.

Histologisch handelt es sich um einen Prozefs, der sich auf die Pars reticularis und das Hypoderm beschränkt. Die Hauptmasse des Tumors besteht aus spindel-

zelligen Fibroblasten verschiedener Gröfse mit bläschenförmigen oder gleichmäfsig langgestreckten Kernen. Zwischen den Spindeln befindet sich ein wohlentwickeltes, intercelluläres Kollagennetz. Die Blutgefäfse sind anfangs nur wenig verändert. Erst wenn der Involutionsprozefs beginnt, scheinen sie in gröfserer Zahl vorhanden zu sein als in der normalen Haut. Das Endothel ist hyperplastisch und nimmt oft das ganze Lumen der Gefäfse ein.

V. **Zur vorgeschlagenen Reform in der Dermatologie**, von M. L. HEIDINGFELD-Cincinnati. Der Mangel an Einigkeit in der Beschreibung nicht nur der klinischen, sondern auch der histologischen Merkmale der Hautkrankheiten hat vielleicht seine Ursache in einer fehlerhaften oder nicht ausreichenden Technik der Untersuchung. Man kann deshalb, solange unsere histo-pathologischen Kenntnisse nicht soweit vorgeschritten sind, um die exakte Natur der meisten Krankheiten durch die mikroskopische oder bakteriologische Untersuchung zu bestimmen, nicht verlangen, dafs man die Dermatologie rein auf histo-pathologischer Basis aufbauen solle.

C. Berliner-Aachen.

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch der Intoxikationen, von R. KOBERT-Rostock. (Ferd. Enke, Stuttgart, 1902.) Von einem Mitarbeiter einer dermatologischen Zeitschrift wird man kaum verlangen, dafs er in Bezug auf ein toxikologisches Lehrbuch Anweisungen geben solle, wie dasselbe etwa verbessert werden könne. Man steht im Gegenteil in dieser Beziehung auf dem Standpunkt des Empfangenden, des Lernenden. Und von diesem Gesichtspunkte aus kann man nur konstatieren, dafs das KOBERTsche Lehrbuch, von welchem hier der Allgemeine Teil in zweiter Auflage vorliegt, ein Werk ist, welches eine Fülle von Belehrung in aufserordentlich anziehender und leicht fafslicher Form enthält. Im ersten Abschnitt ist Allgemeines über Intoxikationen mitgeteilt, während der zweite Abschnitt sich mit dem Nachweis der Intoxikationen post mortem befafst. Dieser Teil umfafst den pathologisch-anatomischen Nachweis von Intoxikationen an Leichen, den chemischen Nachweis von Giften und drittens den physiologischen Nachweis derselben und den Gang der Zergliederung der Wirkung pharmakologischer Agentien. Der Dermatologe wird ebenso wie die Leser, für welche in erster Linie das Buch geschrieben ist, hieraus Nutzen ziehen können, insofern er pharmakologische Studien auch betreibt und sich über die Wirkung von noch nicht genügend bekannten Medikamenten mit toxischen Eigenschaften zu informieren wünscht. Hier ist hervorzuheben, dafs die Details solcher experimentellen Untersuchungen ausführlich und mit den nötigen Abbildungen mitgeteilt sind. Im engeren Sinne Dermatologisches aufser den kurzen Bemerkungen über die vasomotorischen Veränderungen an der Haut und dem Kapitel von der Schweifssekretion (wobei K. gegen die UNNAsche Auffassung des Schweifses als reines Transsudat sich sehr verwahrt) bietet das Buch allerdings nicht. Trotzdem wird auch der Hautspezialist das Buch, welches auf jeder Seite den Stempel gediegener Arbeit trägt, mit Vergnügen lesen können.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Treatise on Diseases of the Skin, von H. W. STELWAGON-Philadelphia. (W. B. Saunders & Co., Philadelphia and London.) Dieses Buch ist, wie auf dem Titelblatt bemerkt wird, für fortgeschrittene Studenten und Ärzte geschrieben, und es

entspricht diesem Zwecke in vollem Maſse, indem nicht nur die gewöhnlichen Hautkrankheiten gründlich abgehandelt werden, sondern auch seltenere Affektionen und Erkrankungen, auch solche, welche auſsereuropäischen Ländern eigen sind, gleichfalls Berücksichtigung finden. Auf diese Weise kann es in manchen Fällen als ein Nachschlagebuch dienen. Weitere Vorzüge sind eine auſserordentlich umfassende Literaturangabe bei sämtlichen Kapiteln, die geradezu als international bezeichnet werden kann, gute Abbildungen, von denen allerdings viele dem bekannten Mračekschen Atlas, einzelne dem Heitzmannschen entstammen, und eine klare, leicht faſsliche Schreibweise. Für jeden, der sich über den neuesten Stand der Dermatologie, nicht nur nach der amerikanischen Auffassung, sondern auch nach europäischen Gesichtspunkten bequem (sofern er einigermaſsen das englische Idiom beherrscht) unterrichten will, kann man aus voller Überzeugung das Werk wärmstens empfehlen. Einzelne Punkte, in Bezug auf welche man geteilter Meinung sein kann, und Kleinigkeiten (z. B. daſs Verfasser statt Blattern von Blättern spricht) können hierbei nicht in Betracht kommen. Auch die äuſsere Ausstattung ist eine vorzügliche. Kurzum, es ist eine Leistung, an welcher Verfasser und Verleger zweifelsohne ihre Freude hatten und welche dem Leser Freude bereiten wird. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Beiträge zur Lehre vom Syphilisrezidiv, von Neumann. (*Wien. med. Wochenschrift.* 1902. No. 28.) Jede Stelle, welche die Syphilis einmal okkupiert hatte und auf dem ihr Produkt zur vollen Entwicklung gelangt war, kann unter Umständen, analog den Lymphdrüsen, ein Depot von Syphilisvirus bilden, die den Ausgangspunkt von Rezidiven in situ bildet. Diese Lehre Neumanns ist von allen Seiten sowohl durch klinische als durch mikroskopische Beobachtungen bestätigt worden. Die Produkte desselben Stadiums können an derselben Stelle sich erneuern. Produkte späterer Stadien sich da lokalisieren, wo solche früherer Stadien gesessen haben. Dabei braucht das Rezidiv aber nicht sich haarscharf auf demselben Fleck zu etablieren; es kann nur einen Teil desselben einnehmen, nie über denselben hinausgreifen. Verfasser bringt zwölf beweisende Krankheitsgeschichten. Im ganzen hat er 41 Fälle von Rezidiven in situ des Primäraffektes von Papeln an den Mandeln gesehen: An den Vaginalpartien 27 mal nach einigen Monaten bis zu sechs Jahren in Form von rezidivierenden Sklerosen, Gummen und lange Zeit persistierenden Narben; an den groſsen Labien zweimal, an den kleinen Labien einmal, in der Urethra viermal, im Sulcus retroglandularis viermal, an der Unterlippe dreimal. Der Zwischenraum betrug bis zu 14 Jahren. — Die histologische Untersuchung ergab stets Rundzellinfiltration, die bei Papeln schwächer ist, dem Verlaufe der Gefäſse folgt, bei Gummen und Sklerosenrezidiven tuberkelähnliche Herde mit zentraler Nekrose und Riesenzellen bildet. Die Infiltration ist regelmäſsig in der Tiefe des Gewebes. An den Gefäſsen stets Wucherung des Endothels, Durchsetzung der Wandungen mit Rundzellen, Wucherung der Adventitia. Dieselben sind bei den sekundären Formen auf weite Strecken von Rundzellen und von Zellen mit oblongen Kernen eingescheidet. Ähnliche Verhältnisse

zeigen die Ausführungsgänge der Talg- und Schweifsdrüsen. Pigmentanhäufungen in den Zellen der oberen Gewebslagen keine vorhanden. Beim Übergang der Produkte der sekundären Periode zu solchen der tertiären findet man charakteristische Bilder.

Die Lehre, welche man aus diesen Beobachtungen zu ziehen hat, ist, dafs nicht nur die Lymphdrüsen, sondern jeder rezente Syphilisaffekt unter Umständen eine Quelle von Rezidiven bilden kann. Die progressive Entwicklung zu höheren Stadien läfst es begründet erscheinen, dafs die persistierenden Gewebselemente die Träger des spezifischen Krankheitserregers sind. Die Syphilisrezidive sind also nicht nur durch Metastasen hervorgerufen, sondern gehen auch von lokalen Herden aus, welche aus früheren Stadien zurückgeblieben, nicht resorbiert sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die diagnostisch wichtigen postsyphilitischen und parasyphilitischen Symptome, von Julius Heller-Charlottenburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 5. Mai 1902.) Die Zahl der post- und parasyphilitischen Symptome ist sehr grofs und beschränkt sich H. nur auf die klinisch leicht diagnostizierbaren, die für den praktischen Arzt von Wichtigkeit sind. Am Hautorgan achte man zuerst auf die Narben, sei es, dafs sie vom Primäraffekt, von sekundären Symptomen oder vor allem von tertiärer Syphilis stammen, man beachte die Beingeschwüre und bei Kindern die den Mund umgebenden Hautnarben. Ferner gehören hierher die Pigmentveränderungen, die Veränderungen der Nägel, Haare, Lymphdrüsen. Am Hoden findet man öfters Zeichen spezifischer Orchitis oder deren Residuen. Die Untersuchung des Mastdarms ist nie zu unterlassen (Erosionen, Strikturen). Nächst der Haut und Mundschleimhaut ist das Knochensystem am häufigsten der Sitz der Syphilis, und müssen die Veränderungen desselben (Auflagerungen, Verdickungen besonders der Tibia, Schmerzen besonders bei Nacht, Lähmungen) genau beobachtet werden. Das wichtigste Organ ist die Mundhöhle. (Schlufs folgt.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über atypische sekundäre Syphilis, von Renault. (*Le Bulletin med.* 1902. Nr. 58.) Diese Anomalien beziehen sich, bei der Roseola und den papulösen Syphiliden auf das verfrühte oder verspätete Auftreten, auf die Art der Verteilung, auf die Gröfse der Efflorescenzen, auf das Hinzutreten komplizierender Elemente (Syphilis psoriasiforme, cornea, vegetans etc.), auf die teilweise Zerstörung der Elemente — Erosionen. *C. Müller-Genf.*

Über einige ungewöhnliche Erscheinungen bei sekundärer Syphilis, von A. Luzzatto. (*Wien. med. Presse.* 1901. No. 38.) Bei einer 29jährigen Prostituierten, die ziemlich viel Alcoholica konsumierte, mit einem Ulcus an der Portio tritt nach wenigen Tagen der Spitalaufnahme ein unregelmäfsiges Fieber auf, kompliziert mit Icterus, mit vergröfserter Leber und Milz, belegter Zunge, Epistaxis und Metrorrhagien. Auf der Haut pustulös-hämorrhagisches Syphilid. Verfasser fafst die Erkrankung der Leber und Milz als eine luetische auf und zwar hervorgerufen durch Stauung infolge von direkter Toxinwirkung auf Blut- und Lymphgefäfse. Gegen Malaria spricht das negative Resultat der Blutuntersuchung und das Fehlschlagen der Chinintherapie. Für erstere Auffassung spricht der Verlauf und die günstige Einwirkung der spezifischen Behandlung. *A. Alpár-Alexandria.*

Noch ein Fall von Lues insontium, von Boldt-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 27.) Ein schwerer hartnäckiger Fall, der mit Injektionen behandelt werden mufste, da sich bei der anfangs versuchten Einreibung von Quecksilberresorbin sofort heftige Dermatitis einstellte. Die Infektion geschah am Kinn durch das Messer eines Barbiers. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Familiensyphilis, von Bentowin. (*Prakt. Wratsch.* 1902. S. 899.) Im Oktober 1899 wandte sich an Verfasser ein 56jähriger Kaufmann mit einem Ulc. durum ad frenulum praeputii. Ungeachtet der Aufklärungen des Verfassers über die

Infektiosität der Syphilis kam es im Januar 1900 zu einem Ulcus durum der rechten Tonsille bei der 54jährigen Frau des Mannes, die ihrerseits, anscheinend durch Kufs, im November 1900 ihr Enkelkind von 1 Jahr 5 Monaten infizierte. (Sklerose der rechten Wange mit Lymphadenitis colli et roseola.) Endlich wurde auch noch ein 14jähriger Laufbursche dieser Familie infiziert, der sich im April 1901 mit papulösem Exanthem, Angina papulosa, Impetigo syph. capillitii et Polyadenitis vorstellte, bei dem sich aber die Sklerose nicht nachweisen liefs. *Arth. Jordan-Moskau.*

Beiträge zur Kenntnis des Stickstoffwechsels in der Frühperiode der Syphilis nebst Untersuchungen über die Einwirkung therapeutischer Quecksilber- und Jodkaliumgaben auf den Stoffwechsel des Menschen, von Axel Cedercreutz-Helsingfors. (Trewendt & Granier. Breslau 1902.) Nach eingehender Betrachtung der Versuche von Jakovleff, Radaeli und Iroloff schildert Verfasser seine eigenen umfangreichen Versuche, die er nach Laudergrens spezifischer Stickstoffhungermethode ausgeführt hat. Seine Resultate waren folgende:

1. Bei der ersten Eruption der Syphilis ist die Eiweifszersetzung vermehrt. Diese Vermehrung kann auch ohne Temperatursteigerung stattfinden. Dabei stehen die Mengen des durch den Harn ausgeschiedenen vermehrten totalen Stickstoffs, Harnstoff-Stickstoffs und Harnsäure-Stickstoffs in demselben Verhältnis zu einander wie im physiologischen Zustande.

2. In der Periode der zweiten Inkubation ist eine Vermehrung des Eiweifszerfalles noch nicht vorhanden.

3. Bei den Rezidiven in der Frühperiode scheint auch keine erhebliche Vermehrung des Eiweifszerfalles vorhanden zu sein.

4. Das Quecksilber in therapeutischen Gaben übt auf den N-Wechsel keinen direkten Einflufs aus, beeinflufst ihn aber bei den Syphilitikern in der ersten Eruptionsperiode indirekt durch das Zustandekommen eines schnelleren Verschwindens des durch die luetischen Allgemeinerscheinungen vermehrten Eiweifszerfalles.

5. Das Jodkalium in therapeutischen Gaben übt weder einen Einflufs auf die N- noch auf die CO_2-Ausscheidung aus. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Beziehungen zwischen Schwangerschaft und Syphilis, von Maygrier. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 24.) Klinischer Vortrag, der Neues nicht enthält.

Götz-München.

Behandlung der Syphilis während der Gravidität, von Gaucher. (*Semaine méd.* 1902. No. 8.) Die Behandlung soll gleich bei Beginn der Schwangerschaft eingeleitet werden. Fand die Infektion nach der Konzeption statt, so hat man sofort nach dem Auftreten der Initialsklerose mit der Behandlung zu beginnen. Diese soll während der ganzen Dauer der Gravidität fortgesetzt werden und zwar in Form von Injektionen (Hg-Benzoat) während eines Monats, von Sublimatpillen (à 0,01) während 20 Tagen, worauf eine Pause von 10 Tagen folgt und die Serie wieder mit den Injektionen beginnt u. s. w. Bei bestehender Albuminurie Milchdiät und Dosierung des Quecksilbers nach der Nierenpermeabilität. *C. Müller-Genf.*

Beitrag zur Statistik der tertiären Lues, von Ernst Adler-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 32.) Eine Statistik über 224 Fälle tertiärer Lues unter 1676 Luesfällen überhaupt ergibt, dafs in der Poliklinik der Prozentsatz der Frauen doppelt so grofs ist wie der der Männer, während er in der Privatpraxis gleich ist; die tertiären Fälle rekrutieren sich aus allen Lebensaltern, am meisten aus Personen, die im jungen Mannesalter infiziert wurden. Das Auftreten tertiärer Erscheinungen vor dem 20. und nach dem 60. Lebensjahr ist selten, am häufigsten ist es zwischen dem 30. und 40. Jahre. Die Hauterscheinungen sind die häufigsten; es überwiegen die ulcerösen Gummata über die tuberoserpiginösen Syphilide. Am meisten sind

Unterschenkel, an zweiter Stelle das Gesicht befallen, am Knochensystem hauptsächlich die Tibia. In 62% der Fälle hatte vorher keine Behandlung stattgefunden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Beitrag zur Urologie der Syphilis, von E. Buffa-Turin. (*Arch. internat. de Pharmacodyn. et de Thérap.* Vol. IX. Fasc. V u. VI.) Diese Arbeit umfaßt eine Reihe von exakten Urinuntersuchungen bei vier an Syphilis erkrankten Männern und gibt in Tabellen die Bestimmungen des spezifischen Gewichts des Urins, dessen Temperatur, den Unterschied zwischen der Dichtigkeit des Wassers bei der gleichen Temperatur und derjenigen des Urins, den Säuregrad des Urins und schließlich das Verhältnis zwischen Säuregrad und Differenz in der Dichtigkeit. Wenn man mit Joulie annimmt, daß dieses Verhältnis für den gesunden Menschen 4,55% beträgt, so ist bei Syphilitischen durchweg eine Hypoacidität des Urins vorhanden, denn diese Ziffer betrug niemals mehr als 3,5 vor Beginn der Kur und hob sich auch während des Aufenthalts im Hospital nicht wesentlich. Ferner stellt B. die These auf, daß Hg, obgleich spezifisch, für die Syphilis nicht genügt, um eine vollständige Heilung namentlich der Allgemeinerkrankung zu erzielen, da es im Gegenteil die Hypoacidität des Blutes noch verschlimmert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Der syphilitische Schanker und einige Sekundärerscheinungen, von Darier. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 52.) Der kleine Vortrag, der sich an die Demonstration einiger Syphilitiker anschließt, bringt nichts Neues.

Götz-München.

Der extragenitale syphilitische Primärwechsel in seiner klinischen und volkshygienischen Bedeutung, von J. Neumann. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 39.) Von 4634 luetischen Primäraffekten, welche von 1880—1901 in der Neumannschen Klinik zur Beobachtung kamen, betrafen 2822 Männer und 1812 Weiber. 4,47% (= 364) der Gesamtzahl waren extragenitale Sklerosen. Verfasser gibt eine große Menge interessanter Details über den Infektionsmodus. — In Bezug auf ihre Beschaffenheit bieten die Sklerosen manches besondere. Die Fingersklerosen sind meist haselnuß- bis taubeneigroß, sehr derb, häufig mit schmutziger Borke bedeckt. An der Mamma sind sie bis nußgroß, sehr derb; sitzen sie an der Brustwarze, dann ist diese verdickt, infiltriert, an der Oberfläche oft rissig. Tonsillarsklerosen sind meist diphtheroid belegt, drüsig uneben, bläulichrot, die Schwellung erstreckt sich oft auf Gaumenbögen und hintere Rachenwand. Die Sklerosen am Zahnfleisch zeigen oft wenig Charakteristisches; das Geschwür ist zerklüftet, die Umgebung lividrot. Es kann durch Zerstörung der Alveolenwand der Zahnhals bloßgelegt werden. Lippensklerosen sind sehr hart, bedingen induratives Ödem. An der Hohlwand zeigt sich der Primäraffekt als flache, braunrote, oft schuppende, nicht scharf begrenzte Infiltration mit wenig ausgesprochener Härte. — Diagnostisch sind Verwechselungen mit Carcinom, Sarkom etc. natürlich möglich. — Es scheint dem Verfasser, als ob den extragenitalen Infektionen häufige schwerere sekundäre Erscheinungen folgen. Für die Entstehung tertiärer Symptome sind die Bedingungen die gleichen. — Die hohe Frequenz der extragenitalen Infektionen verdient, daß denselben seitens der Sanitätsbehörden besondere Beachtung geschenkt wird. — Vom Ulcus venereum kamen neben 2843 genitalen noch 11 extragenitale Fälle zur Beobachtung: am Oberschenkel 2, am Mons veneris 1, am Zeigefinger 5 (4 links, 1 rechts), am linken Daumen 1, am Unterschenkel 1, am Knie 1.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Kasuistik der extragenitalen Syphilis, von M. Tschlenow. (*Russki Wratsch.* 1902. S. 1060.) Verfasser berichtet zunächst über zwei seltenere extragenitale Infektionen, nämlich einen Fall von doppelseitigem Primäraffekt auf beiden Mandeln bei einer 34jährigen Frau in Gestalt von indurierten Geschwüren, und ferner einen Fall von Ulcus primarium des linken Zungenrandes bei einer 29jährigen Kranken-

wärterin. Dann erwähnt Verfasser noch drei Fälle von Sklerose der Brustwarzen bei Ammen, welche er zu beobachten Gelegenheit hatte, und gibt zum Schlufs einen literarischen Überblick über die Häufigkeit des Vorkommens der extragenitalen Infektion überhaupt und speziell in Rufsland. *Arth. Jordan-Moskau.*

Einen Fall von extragenitalem multiplem Schanker stellte Steiner in der k. ung. Ärztegesellschaft vor (Sitzung vom 11. Dez. 1901). Der 34jährige Kranke meldete sich auf der Abteilung von Róna zur Aufnahme wegen eines juckenden Hautleidens. Die Untersuchung des Kranken ergab genitale venerische Geschwüre und Scabies. Nebst diesen waren innenwärts der rechten Brustwarze, am unteren Teile des Abdomens, auf beiden Innenflächen des Oberschenkels, auf dem linken Unterschenkel insgesamt 25 unterminierte, mit schankrösem Eiter bedeckte Geschwüre zu zählen. Die mikroskopische Untersuchung dieser Geschwüre ergab Unnasche Streptobacillen, wodurch es erwiesen scheint, dafs es sich hier um multiple extragenitale Ducreysche Geschwüre handelt. *A. Alpár-Alexandria.*

Ein Fall von extragenitaler Syphilisinfektion, von Schnabel-Magdeburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 18.) Der Fall ist bemerkenswert durch den ungewöhnlichen Sitz der Sklerose in der Gegend des linken Jochbogens. Ursache der Infektion ist vielleicht ein unbedeutender Bifs an dieser Stelle durch eine Kellnerin. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Initialsklerose an der Oberlippe, von J. N. Meade. (*Brit. med. Journ.* 22. Nov. 1902.) Ein 20jähriges Mädchen zeigte bei der ersten Besichtigung in der Mitte der Oberlippe ein hartes Geschwür. Die Submaxillardrüsen waren geschwollen. Die Patientin leugnete jeden geschlechtlichen Verkehr, hatte nur vor Monaten eine Freundin geküfst. Ihre Beschäftigung war, in einem Warenhause auf Packete Etiketts aufzukleben, wobei sie dieselben mit dem Munde zu befeuchten pflegte. Verfasser glaubt, dafs mangels eines anderen Infektionsmodus vielleicht dieser den Anlafs zur Ansteckung gegeben habe. *C. Berliner-Aachen.*

Über ungewöhnlichen Sitz des Primäraffektes an der Haut und Schleimhaut, von J. Neumann. (*Wiener med. Presse.* 1902. No. 9.) Verfasser bespricht die praktische Wichtigkeit der Erkennung der extragenitalen Sklerosen und beleuchtet die Art und Weise der Infektionsquellen mit interessanten Fällen, welche aber im Original gelesen werden müssen. Hier sei nur die Statistik der seit 1880 bis 1901 an seiner Klinik vorgekommenen Fälle von genitalen, perigenitalen und extragenitalen Primäraffekten nach Zahl und Lokalisation wiedergegeben. In diesem Zeitraum waren 4634 mit syphilitischem Primäraffekt behaftete Kranke in klinischer Behandlung, worunter 2822 Männer und 1811 Weiber. Der Lokalisation nach waren unter 4113 genitalen in der Urethra 365, an der Vaginalportion 310 (davon an beiden Cervikallippen 152, der vorderen Cervikallippe 97, der hinteren Cervikallippe 61). Progenital fanden sich 157, darunter ad anum 38, an der hinteren Schenkelfläche 37, am Mons veneris 82. Extragenitale Primäraffekte waren 207, d. i. 4,47 % der Gesamtzahl. Der Lokalisation nach waren an der Oberlippe 41, Unterlippe 65, Mundwinkel 8, Wange 4, Kinn 12, Tonsillen 20, hinteren Rachenwand 1, Zunge 2, Nasenflügel 2, Augenlid 4, Stirn 3, Zahnfleisch 6, Finger und Hand 27, Brustdrüse 9, Nabel 1, Oberschenkel 1, Vorderarm 1. *A. Alpár-Alexandria.*

Harter Schanker der Urethra, von Henry Norris und J. M. Asher-Philadelphia. (*Univ. of Penna. Med. Bull.* 1902. No. 6/7.) Der seltene Primäraffekt der Urethra sitzt gewöhnlich am Meatus oder in der Fossa navicularis. Zehn Tage bis mehrere Wochen nach der Infektion zeigt sich die Harnröhrenmündung verklebt, es entleert sich spärliches, zähes Sekret, das blutig tingiert und auch profus und eitrig werden kann. In den ersten paar Tagen fehlt Schmerz. Später kann der Harnstrahl

gespalten und das Urinieren schmerzhaft sein. Entzündliche Schwellung der Vorhaut in der Umgebung des Frenulum ist ihres konstanten Vorkommens wegen von diagnostischem Wert. Bei antero-posteriorer Palpation der Glans wird die Induration gefühlt. Es folgt Schwellung des dorsalen Lymphstranges, sowie der Inguinaldrüsen, das Ulcus heilt spontan und in sechs bis acht Wochen erscheinen sekundäre Symptome. Urethroskopie ist wegen der Empfindlichkeit meist nicht ausführbar. Durch die Vernarbung kann sich eine Striktur ausbilden. Die Differentialdiagnose gegen Blennorrhoe, Ulcus molle, Epitheliom, Tuberkulose, Trauma und Plaque muqueuse ist meist leicht. Therapeutisch empfiehlt sich bei Lokalisation am Meatus ein Streupulver, bei intraurethralem Sitz milde adstringierende Injektionen. Zwei Fälle werden mitgeteilt. *Max Levor-Hamburg.*

Die Behandlung des weichen und des harten Schankers der Genitalien, von Alex. Renault. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 23.) Der Verfasser empfiehlt zur Behandlung des weichen Schankers die Anwendung der antiseptischen Streupulver, insbesondere des Jodoforms. Die Excision des Geschwürs, die Exkochleation und die Kauterisierung sind im allgemeinen zu verwerfen, nur bei ganz torpiden Geschwüren ist die Ätzung induriert. Die syphilitische Initialsklerose erfordert lediglich zweimal täglich wiederholte lauwarme Gliedbäder und nach denselben Applikation von Watte, die mit Borsäurelösung getränkt ist. Wenn diese Behandlung ihrer Einfachheit wegen den Patienten ungeduldig macht, kann man nach jedem Gliedbad 5%ige Kalomelsalbe auflegen. Wenn sich das Geschwür lange nicht überhäutet, oder wenn sich starke Granulationen bilden, wird die Oberfläche mit dem Höllensteinstift touchiert. Im übrigen aber ist die Anwendung von Ätzmitteln und ebenso die Behandlung mit Streupulvern, insbesondere aber die Excision absolut zu verwerfen.

Götz-München.

Trauma und Syphilis, von Max Stern. (*Wien. klin. Rundsch.* 1902. No. 42.) Ein luetisch infizierter Patient bekam ein Jahr nach der Infektion eine heftige Phlegmone der Hand, die trotz chirurgischer Eingriffe nicht früher Tendenz zur Heilung zeigte, als bis eine Schmierkur eingeleitet wurde. Bei einem anderen Patienten, der frisch infiziert war, entstand nach einer leichten Fingerverletzung ein nicht heilen wollendes Geschwür, welches auch erst der Allgemeinbehandlung wich.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Seborrhoe und seborrhoisches Ekzem als provozierende Momente für Syphiliseruption, von S. Ehrmann. (*Wien. klin. Rundsch.* 1902. No. 47.) Die mit Seborrhoe und seborrhoischem Ekzem sich kombinierenden Syphilide haben immer einen seborrhoischen Charakter. Sie tragen entweder nur einen dünnen, schuppigen Überzug, so die makulösen Syphilide, oder sie sind von einer dicken, fettigen Schicht bedeckt, wie die pupulösen und pustulösen Syphilide. Die Diagnose ist oft schwierig. Begrenzung, Farbe, Form müssen beachtet werden. Die krustösen Syphilide stets als Mischinfektionen der Seborrhoe mit der Syphilis zu bezeichnen, geht nicht an.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Weitere Beiträge zur Lehre von den Syphilisbacillen, von Max Joseph und Piorkowski. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 50.) Die Verfasser haben ihre Versuche, in dem Sperma Syphilitischer einen Bacillus zu finden, der als der Erreger der Syphilis anzusprechen wäre, fortgesetzt, und berichtet Joseph darüber in der Sitzung der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsbad am 24. Oktober 1902. In normalem Sperma fanden sie den fraglichen Bacillus nie, jedoch entdeckten sie ihn bei drei frischen Fällen im Blut. (Schon am 14. Januar 1902 zeigte Paulsen in der Sitzung der biologischen Abteilung des ärztlichen Vereins Hamburg — *Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 8 — einen von ihm aus dem Blute Luetischer

öfters gefundenen Bacillus, der allem Anschein nach dem JOSEFschen identisch ist, so daſs man hoffen darf, jetzt endlich dem spezifischen Erreger der Syphilis auf der Spur zu sein. Der Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Das rote Blutkörperchen und die kollagene Faser; ihr biochemisches Verhalten in ihren Beziehungen zu gewissen Hautaffektionen und Syphiliden. Klinische, histologische und experimentelle Studie, von CHIRICO. (*Rif. med.* 1902. No. 28.) Aus den klinischen Beschreibungen des Verfassers schlieſst derselbe, daſs nicht alle in den kollagenen Geweben und im Stroma der roten Blutkörperchen konstatierten Eigenschaften auf bekannte physische Kräfte zurückzuführen seien, sondern auf andere Bewegungserscheinungen, die sich komplizierteren, biologischen Prozessen nähern, welche wir unter dem Sammelbegriff der Reizbarkeit zusammenfassen. Diese Reizbarkeit, welche in der Beweglichkeit des genannten kollagenen Protoplasmas und des roten Blutkörperchens ihren Ausdruck findet, variiert nach dem pathologischen Zustande der Ernährung und der individuellen Innervation.

C. Müller - Genf.

Über Blutblättchenbefunde im Blute von Syphilitikern und ihre Bedeutung, von HANS VÖRNER-Leipzig. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 50.) Im Jahre 1900 teilte LOSDORFER mit, daſs sich bei Lues in Blutproben bestimmte corpuskuläre Elemente zeigten, die er als spezifisch bezeichnete; es waren kleine runde bis länglich runde, mattglänzende, nicht sehr scharf konturierte Granula, die im Serum nach einiger Zeit herumtanzten. Verfasser fand dieselben ebenfalls und stellte ihre Entstehung fest. Das Vorkommen war recht schwankend, auch war das Auftreten dieser Elemente nicht in Übereinstimmung zu bringen mit den Perioden der Syphilis, ebenso wenig mit den Symptomen beziehentlich den Ausbrüchen der Erkrankung. Sie fanden sich nur bei ausgesprochener Anämie reichlich, wodurch sich der wechselnde Befund dieser Elemente bei Lues von selbst erklärt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Einige Bemerkungen über den syphilitischen Bubo, von A. RAVOGLI-Cincinnati. (*Med. News.* 26. Juli 1902.) Nach Besprechung des Baues und der physiologischen Rolle der Lymphdrüsen erklärt R. den pathologischen Vorgang bei deren syphilitischer Erkrankung als eine Reizerscheinung, in deren Folge Hyperämie und Schwellung auftreten. Die Blutgefäſse sind bedeutend erweitert, die Endothelzellen vergröſsert, und bereits sind die ersten Anzeichen einer früh auftretenden Endarteriitis vorhanden. Die wichtigsten pathologischen Veränderungen findet man in den Drüsenfollikeln, welche erweitert und hypertrophisch sind; das das Stroma bildende Bindegewebe ist mit Kleinzellen dicht infiltriert, die Fibrillen sind verdickt und zeigen Proliferationsvorgänge. Diese Veränderungen stehen in direktem Gegensatz zu jenen bei eitriger Lymphdrüsenentzündung (infolge von weichem Schanker) vorkommenden. Die Veränderungen der Lymphgefäſse, welche in die Follikel der Drüsen eintreten, sind identisch mit jenen bei Initialsklerose, wobei die Wände der Blutgefäſse verdickt und infiltriert sind. Der syphilitische Bubo ist also kein eigentlicher Entzündungsprozeſs, sondern ein für die Syphilis charakteristischer Infiltrationsprozeſs, der speziell die Gefäſse befällt. Der hypertrophische Zustand der Follikel und die groſse Menge von Leukocyten in den Hohlräumen der Drüsen können die Blutbeschaffenheit bei den Syphilitikern, welche eine ausgesprochene Leukocytosis ist, erklären. R. kommt daher aus seinen histopathologischen Untersuchungen zu dem Schlusse, daſs die Veränderungen der Lymphdrüsen die Ursache der Leukocytose bei Syphilis sind. Im Gegensatz zu anderen Infektionen, wo die Lymphdrüsen die Verteidigungsorgane gegen die Bakterien darstellen, sind sie bei Syphilis zu dieser Reaktion nicht fähig und bilden vielmehr die Aufbewahrungsräume des spezifischen Virus. Die allgemeine syphilitische Lymphdrüsenentzündung ist unabhängig von den Haut- und Schleimhaut-Eruptionen

und tritt lange vor diesen auf. Nach Umlauf von zwei bis drei Jahren kehren die Lymphdrüsen wieder zur Norm zurück, aber sehr häufig, wenn die allgemeine Entzündung derselben eine sehr ausgesprochene war, bleiben sie, besonders die Inguinal-Drüsen, zeitlebens als kleine, harte Knoten fühlbar. Bezüglich der Behandlung rät R., in sehr hartnäckigen Fällen einige Tropfen grauen Öls in das subcutane Gewebe rings um die Drüsen (nach Lang) zu injizieren. R. schließt mit einem Hinweis auf eine jüngst erschienene Arbeit Julliens, welcher der Ansicht ist, daß die Lymphdrüsen einen guten Entwicklungsboden für die Keime und einen guten Aufbewahrungsort während der Latenzperiode bilden; somit sei die Überzeugung Virchows, daß die Keime der Syphilis nicht im Blute, sondern in der Tiefe des Lymphsystems konservier würden, bestätigt. *Stern-München.*

Diphtheroide Condylomata lata, von Saraceni. (*Rif. med.* 1902. No. 67—70.) Von verschiedenen Syphiligraphen ist ein diphtherieartiges Aussehen der flachen Condylome beschrieben worden. Es kann sich dabei um eine wirkliche diphtherische Infektion handeln oder aber um eine lokale, durch einen diphtherischen Pseudobacillus hervorgerufene Diphtherie. Durch Tierexperimente läßt es sich nicht feststellen, ob der Grund dieser sekundären Infektion in veränderten Bedingungen des Nervensystems zu suchen ist. Beim Menschen dagegen wurde diese lokale Diphtherie bei Individuen konstatiert, welche neuropathische Läsionen aufwiesen. Eine solche lokale parasitäre Invasion in bereits lädiertem Punkte findet man bei gewissen Formen von Gangrän, bei der Noma u. s. w. Offenbar sind aber noch andere unbekannte Faktoren dabei tätig, als bloß eine neuropathische Prädisposition.

C. Müller-Genf.

Primäre syphilitische Neuritis optica, von C. A. Veasey-Philadelphia. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Juni 1902.) Verfasser berichtet über folgende zwei Fälle: I. Mann, 45 Jahre alt, acquirierte drei Monate vor der Aufnahme ein Primärsyphilid, an das sich ein mäßig ausgeprägter Hautausschlag und Plaques muqueuses anschlossen. Patient klagte über Abnahme der Sehschärfe, entoptische Erscheinungen und Kopfschmerzen. Es fand sich eine mäßige Neuritis mit sehr geringer Beteiligung der umgebenden Retina und einem unbedeutenden Exsudat auf der Oberfläche der Makula. Unter kräftiger Anwendung von Jodkalium nebst Hg-Einreibungen erfolgte Heilung in zwei Monaten.

II. Der zweite ganz analoge Fall betraf die Ehefrau des ersten Patienten.

Von mancher Seite ist das Vorkommen einer primären Neuritis optica syphilitica geleugnet worden, doch hat Horstmann wenigstens acht derartige Fälle zusammengestellt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die spät auftretenden syphilitischen Iritiden, von Albert Terson. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 34.) Der Verfasser hat eine Reihe von syphilitischen Iritiden beobachtet, die sehr spät, 6 bis 30 Jahre nach der luetischen Infektion, auftraten. Die betreffenden Kranken waren in den ersten Jahren ihrer Syphilis nur ganz oberflächlich mit Quecksilber behandelt worden. Zur Behandlung der syphilitischen Iritiden empfiehlt der Verfasser Injektionen von Hydrargyrum bijodatum; er injiziert jeden zweiten Tag zwei cbcm einer 4‰igen öligen Lösung. In schweren Fällen, besonders wenn bedrohliche tertiäre Symptome vorliegen, sind Kalomelinjektionen vorzuziehen. Wenn die Schmerzen sehr heftig sind, wird Dionin subcutan in die Schläfengegend injiziert. *Götz-München.*

Über einen auf chirurgischem Wege diagnostitizierten Fall von syphilitischem Hysterismus, von Camaggio. (*Giorn. intern. delle Scienze med.* 1902. No. 11.) Verfasser beschreibt einen derartigen Fall, welcher ein 20jähriges Mädchen betrifft. Bei demselben traten nach einem psychischen Choc Symptome von Geistesstörung in

Gestalt von heftiger Aufregung mit vollständiger Verwirrtheit auf. In Anbetracht der Entstehung dieser psychischen Störungen nach einem moralischen Chok betrachtet Verfasser dieselben als hysterischer Natur. Bei der genauen Aufnahme der Anamnese ergab es sich, daſs die Mutter der Patientin vor 20 Jahren wegen eines Syphiloms der Mamma operiert worden war, das man irrtümlicherweise als Carcinom betrachtet hatte. Ebenso hatte ein Bruder der Patientin an spezifischer Keratitis gelitten. Auch bei der Patientin selbst hatte sich eine Eruption gezeigt, welche nach einem Trauma entstanden war. Von dem Gedanken ausgehend, daſs die Ursache der psychischen Störungen in der hereditären Syphilis zu suchen sei, wurde die spezifische Therapie in Form von Sublimatinjektionen eingeleitet und der Erfolg war ein geradezu wunderbarer, indem nach den ersten paar Injektionen das Bewuſstsein zurückkehrte, und nach der 24. war die Heilung eine vollständige; auch waren die lokalen Erscheinungen verschwunden. (Es handelt sich demnach offenbar um eine Psychose auf Grund einer hereditären Lues. Nach unserer Ansicht durfte diese Psychose eher als eine akute Amentia alias Konfusio mentalis taxiert werden, denn als Hysterie. Der Referent.)

C. Müller-Genf.

Beitrag zur Kenntnis der Ostitis deformans heredo-syphilitica, von M. Reiner. (*Wien. med. Presse.*) 1901. No. 13.) Der elf Jahre alte Knabe bot vor 18 Monaten an der linken Tibia folgende Erscheinungen dar: Die Tibia war in ihren oberen zwei Dritteilen stark verdickt, nach vorne säbelscheidenförmig gekrümmt und gegenüber der gesunden Seite um $2^1/_2$ cm verlängert. Gleichzeitig bestand beiderseits Keratitis perenchymatosa, welche mit Sublimatpillen behandelt wurde und sich beinahe ganz zurückbildete. Nach $1^1/_2$jährigem Bestande ist das Bild, welches die Tibia darbietet, ganz unverändert bezüglich Verdickung, Verkrümmung und Verlängerung geblieben. Vor kurzer Zeit hatte sich daselbst ein zerfallenes Hautgumma und eine zweite Knochenauftreibung an der Ulma des rechten Armes, nahe dem proximalen Ende der Diaphyse, gebildet. Anamnestisch ist hereditäre Syphilis sicher nachzuweisen. Das Röntgenbild ergibt, daſs die Tibia als ganze nach vorne konvex gekrümmt ist, und daſs die Verkrümmung nicht etwa durch Auflagerungen auf der Crista tibiae bloſs vorgetäuscht wird. Daſs die Knochenverdickung durch die antiluetische Behandlung beeinfluſst werde, ist kaum zu erwarten, sondern nach Abheilung der Krankheit die Kontinuitätsresektion ins Auge zu fassen.

A. Alpár-Alexandria.

Über Resorbinquecksilber, von J. F. Crippa. (*Wiener med. Presse.* 1901. No. 17—18.) Verfasser behandelte 107 Fälle sekundärer, tertiärer und hereditärer Syphilis mit $33^1/_3$ %igen Resorbinquecksilber-Einreibungen, deren Krankengeschichten teilweise in kurzem mitgeteilt werden. Als Nebenerscheinungen beobachtete er einmal Erythema multiforme und zweimal Ekzem. Die vergleichenden Resultate mit der gewöhnlichen grauen Salbe sprechen mehr für die Resorbinquecksilbersalbe, denn die mit Resorbin bereitete Quecksilbersalbe läſst sich rascher in die Haut einreiben; nach dem Urteile der professionellen Einreiber in ungefähr der Hälfte Zeit. Sie wird daher im Durchschnitt eo ipso gründlicher eingerieben werden, wofür auch die relativ energischere Hg-Heilwirkung Zeugnis ablegt, welche mit der gleichen Aussicht auf Erfolg eine schwächere Dosierung wie bei der offizinellen gestattet, und endlich erzeugt sie weit seltener Nebenerscheinungen, wie Erythem, Ekzem etc., welche auſserhalb der in ihrer natürlichen Wirkung begründeten (Gingivitis) liegen. Die Resorbinquecksilbersalbe wird aber auch vom Kranken der offizinellen vorgezogen, weil ihr der der letzteren eigene, oft so auffallende und widerliche Geruch abgeht, weil die Einreibung weniger Zeit in Anspruch nimmt und weil sie endlich die Haut nicht so fett und schwarz macht, daher auf der Haut kein unangenehmes Gefühl erzeugt, die Wäsche

nicht so beschmutzt und sich infolgedessen überhaupt als eine reinliche Prozedur darstellt. *A. Alpár-Alexandria.*

Der syphilitische Hoden, von Dieulafoy. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 29.) Klinischer Vortrag, der Neues nicht enthält. Zur Behandlung der Hodensyphilis empfiehlt D. täglich zu wiederholende Injektionen von 0,004—0,008 Hydrargyrum bijodatum in öliger Lösung. *Götz-München.*

Erkrankungen des Lymphapparates während der verschiedenen Phasen der Syphilis, von M. v. Zeissl. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 20.) Die Lymphbahnen erkranken bei der Syphilis 1. während der Entwicklung des Primäraffektes, 2. während der zweiten Inkubationsperiode, 3. während der gummösen Periode der Lues. — Die indolenten Bubonen vereitern nur ausnahmsweise bei konstitutionellen oder lokalen Komplikationen. Tuberkulose bedingt zuweilen eitrigen Zerfall, etwa wie die „strumösen“ Bubonen. Dieses sind höckrig gelappte, große, schmerzhafte Geschwülste, von geröteter Haut überzogen. Einzelne Stellen werden weich, fluktuierend; Incision entleert ein wenig glutinöser Flüssigkeit und viel Blutserum. Der Eröffnung folgt oft ein Zerfall des zwischen den Drüsen befindlichen Bindegewebes, wodurch Hohlgänge sich bilden, Eitersenkungen entstehen können. — Eitrige Schmelzung der indolenten Bubonen kann sich anschließen an eitrige Prozesse aller Art, verschwärende Papel, pustulöse Efflorescenzen etc.; es handelt sich um eine Mischinfektion. Von größerer Bedeutung sind nur die indolenten strumösen Bubonen, die auf Tuberkulose hindeuten und die erste Phase der Syphilis monatelang überdauern. Vorzeitige Öffnung macht die Situation sehr viel bedenklicher; es kann selbst zur Peritonitis kommen. — Gummöse Lymphdrüsenschwellungen sind nur durch das Vorhandensein anderer Gummata und den Erfolg der Therapie zu erkennen. Sie zerfallen selten; wo es geschieht, können sie zu serpigniösen Geschwüren führen. —

Eine Erkrankung der Lymphgefäße schließt sich am häufigsten an die Primärsklerose. Es kann die Lymphangitis am Dorsum penis, am Frenulum, hinter der Corona glandis, aber auch an jeder andern Stelle sitzen. Man fühlt einen derben, glatten oder perlschnurartigen Strang, der zuweilen Sklerose und die nächste Lymphdrüse verbindet. Im ganzen ist das Leiden ein sehr seltenes. Bubonuli syphilitici können die Folge sein. Auch im papulösen und gummösen Stadium sieht man zuweilen Lymphangitiden, die auch zur Anlötung des Lymphstranges an die Haut führen können. — Die Wiedergabe der anatomischen Befunde bildet den Schluß der Arbeit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilitische Nekrose der Nasenhöhle, verbunden mit gänzlicher Erblindung, von Charles A. Todd-St. Louis. (*Philad. med. Journ.* 20. Sept. 1902.) Der Fall betrifft einen 47jährigen Schlachter, der vor 15 Jahren an „Nasenkatarrh“ zu leiden begann. 6 Jahre später wurden Knochenstückchen aus der Nase ausgestoßen. Zur Zeit der Beobachtung fand sich das Septum fast ganz zerstört, die Wände der gemeinsamen Höhle waren mit trocknem, übelriechendem Sekret bedeckt, nach dessen Entfernung ziemlich viel nekrotischer Knochen sichtbar wurde. 4 Stückchen vom Palatinum und Maxillare sup. konnten leicht entfernt werden. Pharynxgewölbe und auch der vordere Teil des Corpus ossis sphenoidalis waren intakt. Auf Weitergreifen der Nekrose war also die gleichzeitige Augenaffektion nicht zurückzuführen. Letztere hatte vor 3 Wochen mit Trübung des rechten Auges begonnen, das in 6—7 Tagen ganz erblindete. Ebenso erging es dann mit dem linken. Jodkalium und Hg brachten schnelle Besserung: nach 14 Tagen konnte Patient ohne Begleitung zur Klinik gehen und mit dem linken Auge große Buchstaben lesen. Außer geringer Opticusatrophie war keine intraokulare Störung konstatiert worden. In der Nase heilten die bestehenden Ulcerationen der Schleimhaut, und der Foetor verschwand. *Levor-Hamburg.*

Sekundäre syphilitische Nephritis mit letalem Ausgang trotz spezifischer Behandlung, von Chauffard und Gourbau. (*Presse méd.* 1902. No. 54.) Der Fall betraf einen 47jährigen Mann, welcher ein Jahr vor seiner jetzigen Erkrankung sich Syphilis zuzog. Letztere war von Anfang an bösartiger Natur. Obwohl nie ohne spezifische Behandlung, und zwar gemischten Charakters, begann der Kranke doch plötzlich an Lendenschmerzen zu leiden, zu denen sich schnell Schwellungen an Beinen, Händen und Scrotum gesellten. Die Miktionen wurden seltener, der Urin konzentrierter, röter. Kurz, es entwickelte sich das Bild einer Nephritis und zwar einer spezifischen. Milchdiät blieb ohne Einfluſs. Leider zeigte sich auch die nach drei Tagen eingeleitete spezifische Injektionsbehandlung erfolglos. Der Kranke starb. Die Infektion muſs wohl eine besonders starke und gefährliche gewesen sein.

Hopf-Dresden.

Ein Fall von Cyste des Pankreaskopfes und syphilitischer Hepatitis, welche genau eine Hanotsche Cirrhose vortäuschte, von Ferrannini. (*Rif. med.* 1902. No. 67, 68.) Der Fall betrifft eine 48jährige Patientin, welche unter den Erscheinungen einer Lebercirrhose erkrankte (chronischer Ikterus, Vergröſserung der Leber und der Milz) und an Bronchopneumonie starb. Bei der Sektion wurde gegen jede Erwartung eine apfelsinengroſse Cyste des Pankreaskopfes constatiert, welche das Duodenum stark komprimierte; auſserdem bestanden hochgradige Veränderungen der Leber, welche als syphilitischer Natur erkannt wurden (starke Bindegewebsproliferation, fettige Degeneration). *C. Müller-Genf.*

Die Regeneration der Leber bei Echinoccocuscysten und anderen Krankheiten dieses Organs (Syphilis, Malaria), von Caminiti. (*Il Policlinico.* 1902. Heft 9.) Verfasser weist auf die Tatsache hin, daſs eine wirkliche Regeneration des Lebergewebes am deutlichsten nach Echinococcuscysten nachzuweisen ist. Er beschreibt dann aber auch einen Fall von Syphilis bei einem jungen Mädchen, welches im Coma starb, und bei dem man bei der Sektion neben einer Reihe anderer Erscheinungen ganz besonders Veränderungen in der Leber konstatierte. Diese bestanden darin, daſs der rechte Lappen zu einem ganz kleinen Volumen reduziert, während der linke stark hypertrophisch war. Ersterer bestand zum gröſsten Teil aus Bindegewebe, in letzterem dagegen hatte sich eigentliches Lebergewebe neugebildet, das von nur ganz dünnen Bindegewebskapseln umgeben war; die einzelnen Läppchen erschienen wie unter einander verschmolzen, von verschiedener Gröſse und Form.

C. Müller-Genf.

Brustdrüsensyphilis im Frühstadium, von Rudolf Matzenauer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 40.) Gummen in der Brustdrüse sind nicht selten; dieselben können auch diffuse sklerotische Infiltration bewirken. Diagnostisch können diese Veränderungen Schwierigkeiten bereiten. Schwellung der Brustdrüse in der Sekundärperiode beschrieb zuerst Ambrosdi. Danach sind eine Reihe von Fällen publiziert, die zum Teil Männer, zum Teil Frauen betreffen. Verfasser teilt einen Fall bilateraler diffuser Mastitis mit Ausgang in Eiterung bei einer im Sekundärstadium befindlichen Patientin mit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vermutliche Tertiär-Syphilis der Zunge, von Matagne. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 25.) Der Verfasser berichtet über den Fall einer Dame, welche seit zwei Jahren an einer die ganze linke Zungenhälfte, soweit sie sichtbar war, zerstörenden Geschwürsbildung litt. Die seitens eines Kollegen gestellte Diagnose Epitheliom stellt sich als unhaltbar heraus. Mehrere am Halse vorhandene Geschwülste stellten sich bei Incision keineswegs als metastatische Drüsen heraus, sondern entleerten nur eine seröse Masse. Nachdem auch die Diagnose Aktinomykose bakteriologisch ausgeschaltet war, einigte man sich auf die der tertiären gummösen Lues. Unter ent-

sprechender Behandlung ist auch beginnende Besserung zu konstatieren. Neben interner Jodmedikation sowie Kalomeleinverleibung wendet der mitbehandelnde Chirurg phototherapeutische Bestrahlungen der Zunge an. *Hopf-Dresden.*

Über die Syphilis des Magens und des Darmes, von M. v. Zeissl. (*Wien. med. Presse.* 1902. No. 16.) Man kann direkte und indirekte luetische Magenerkrankungen unterscheiden. Erstere sind sehr selten, stellen entzündliche Infiltrationen oder gummöse Prozesse dar. Letztere sind Zirkulationsstörungen, hervorgerufen durch Erkrankungen anderer Organe, besonders der Leber, oder hämorrhagische Diathese. Die Gummen können zur Ulceration und Narbenbildung führen. Der Beweifs, dafs es sich um luetische Affektionen handelt, ist ohne Obduktion schwer mit Sicherheit zu führen. Der Erfolg der antiluetischen Kur stützt in erster Reihe die Diagnose. — Das Duodenum, Jejunum, Ileum, Colon erkranken besonders, nicht ausschliefslich, bei ererbter, Rectum und Flexura bei erworbener Syphilis. Blutige Durchfälle, Schmerzen, Ulceration, Perforation, Stenosierung können die Folgen sein. Man unterscheidet eine diffuse entzündliche Infiltration und eine circumscripte gummöse Enteritis, deren Anatomie Verfasser nach Mraček wiedergibt. — Im Rektum findet man Papeln, gummöse Infiltration und umschriebene Gumma. Die Folgen sind bekannt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bericht über einen neuen Fall von syphilitischer Magengeschwulst, von Max Einhorn-New York. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 48.) Bei einem 42jährigen Mann, der vor 12 Jahren luetisch infiziert worden war und seit 7 Jahren über Magenschmerzen, schlechten Appetit und leichte Stuhlverhaltung zu klagen hatte, fand sich im Epigastrium, etwa 2 Finger breit unterhalb des Schwertfortsatzes direkt über dem Magen, eine 5 cm lange und 2 cm breite Geschwulst von höckriger Oberfläche. Die Untersuchung des Mageninhaltes nach dem Probefrühstück ergab das Vorhandensein freier Salzsäure und das Fehlen jeglicher Speisereste vom Tage zuvor. Der Kranke hatte während seiner siebenjährigen Krankheit nur ganz wenig an Körpergewicht verloren. Der Verfasser stellte die Diagnose auf Gumma des Magens, und in der Tat verschwanden unter energischer antiluetischer Behandlung (Quecksilbereinreibungen und Jodnatrium innerlich) im Verlaufe von 6 Wochen Geschwulst und Beschwerden vollständig. — Bei der Behandlung derartiger Fälle ist die Verabreichung von Jod das Wichtigste und führt häufig allein zur Heilung; durch Anwendung von Quecksilber wird jedoch die Wiederherstellung des Kranken beschleunigt.

Götz-München.

Über Lungensyphilis, von James M. Winfield-New York. (*Med. News.* 30. August 1902.) Kurze historische Betrachtung, wonach Morton im Jahre 1675 wohl zuerst die Möglichkeit der Lungensyphilis erwähnte, jedoch erst seit dem Jahre 1854 die Kenntnis derselben durch Lancereaux, Ricord, Fournier und andere auf festere, wissenschaftliche Basis gestellt wurde. Die Gründe, warum Lungensyphilis, welche wahrscheinlich ebenso häufig ist als die Syphilis anderer innerer Organe, so selten genannt wird, sind nach Verfasser folgende: 1. die Schwierigkeit, sie physikalisch von Lungentuberkulose zu unterscheiden, 2. die Möglichkeit, dafs Syphilis und Tuberkulose gleichzeitig vorhanden sind, und 3. vollständige Ausheilung der syphilitischen Lungenaffektion. Lungensyphilis kann entweder kongenitaler oder erworbener Natur sein, im letzten Falle ist sie eine Tertiärerscheinung. W. zieht hier nun die letztere in Betracht. Häufiger bei Frauen vorkommend, hat sie folgende Haupterscheinungen: Bronchitis, Dyspnoe oft hochgradiger Art, spärlicher und blutvermischter Auswurf, welcher mehr reichlich und eitrig wird bei fortschreitender Krankheit; das Sputum enthält niemals Tuberkelbacillen, Schmerz wird meist in der Schultergegend angegeben und wird vermehrt durch Druck auf das Sternum, selten

Nachtschweiße, geringe oder gar keine Temperatursteigerung, Abmagerung nicht sehr auffällig, periostale Verdickung der Schlüsselbeine, Verdichtung und Höhlenbildung in den Lungen. Schließlich beschreibt W. ausführlich einen ausgesprochenen Fall aus seiner Praxis; die Patientin war von 135 auf 95 Pfund abgemagert, wurde von einer Reihe von Ärzten jahrelang auf Lungentuberkulose und Abzehrung behandelt, bis W. aus einem gleichzeitig vorhandenen, serpiginösem Ausschlag an Armen, Händen und Rücken und der Untersuchung des Auswurfs (keine Tuberkelbacillen) die richtige Diagnose stellte und durch die spezifische Behandlung und tonische Mittel rasche Besserung erzielte. *Stern-München.*

Diabetes insipidus infolge von Syphilis, von M. v. Zeissl. (*Wien. med. Presse.* 1901. No. 32.) Die 46jährige Patientin wurde vor circa neun Jahren von ihrem Manne luetisch infiziert. Sie machte eine ungenügende antiluetische Behandlung durch, und trotzdem sie seit Jahren Erosionen an der Zunge hatte, suchte sie erst ärztliche Hilfe, bis sich die Geschwüre an der Zunge vermehrten, auf dem Rücken sich ein gruppiertes, kleingummöses Syphilid, Vermehrung der Harnmenge und heftiges Druckgefühl entwickelte. Die in 24 Stunden entleerte Harnmenge betrug über 5½ Liter, Zucker fehlte. Auf die antiluetische Behandlung mit Injektionen von Quecksilbersuccinimid, deren Schmerzlosigkeit unser Zusatz von Kokain und Wirkung durch rasche Resorption und lange Permanenz (acht Wochen) Verfasser sehr rühmt, gingen alle Erscheinungen, so auch die Polyurie und Polydipsie vollkommen zurück. Der Mangel subjektiver und objektiver cerebraler Erscheinungen, sowie das Vorhandensein geringer Eiweißmengen im Harne lassen annehmen, daß der Diabetes insipidus hier vielleicht auf luetischen Nierenveränderungen beruht.

A. Alpár-Alexandria.

Ein Fall von gleichzeitigem Auftreten von Syphilis und Diabetes mellitus, von Mosca. (*Giorn. internazion. delle Scienze med.* 1902. No. 16.) Der Fall bezieht sich auf eine 40jährige bisher kräftige Frau, deren Mutter bereits an Diabetes mellitus gestorben war, und bei welcher sich im Verlaufe einer schweren syphilitischen Infektion Zuckerharnruhr einstellte. Die spezifische Therapie (Sublimatinjektionen) hatte zum Erfolge, daß sowohl die luetischen Symptome als der Zucker im Urin verschwanden. Zu wiederholten Malen jedoch traten die syphilitischen Erscheinungen wieder auf und waren dieselben stets von Zuckerharnruhr begleitet; jedesmal hatte aber auch die Therapie denselben günstigen Erfolg. Verfasser ist überzeugt, daß in diesem Falle Diabetes und Syphilis in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einander standen. Es bestand bei der Patientin eine hereditäre Beanlagung mit gastro-intestinalen Störungen, die sich auf Anomalien in der Pankreas und Lebersekretion zurückführen lassen. *C. Müller-Genf.*

Syphilis und Skrophulotuberkulose, von Sorrentino. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1902. No. 18.) Verfasser weist auf die nicht sehr seltene Komplikation der Tuberkulose mit der Syphilis hin. Der Einfluß der ersteren auf die letztere ist jedoch kein spezifischer in dem Sinne, daß die Virulenz der Syphilis dadurch erhöht würde, sondern dieser Einfluß gibt sich in einer verminderten Resistenz des Organismus kund, wie dies bei jeder erschöpfenden Krankheit der Fall ist. Verfasser empfiehlt in derartigen Fällen die Anwendung der Methode von Rossi, welche darin besteht, daß täglich 1 Gramm folgender Lösung in die Glutaei injiziert wird:

Quecksilberbijodid	0,1
Jodum purum	0,1
Jodkalium q. s.	
Guajacolum purum crystallisatum	1,0
Glycerin	10,0.

Diese Injektionen sind vollständig schmerzlos, verursachen keine lokale Irritation und werden von den Patienten ausnahmslos gut vertragen. Es werden drei Krankengeschichten mitgeteilt, wo der Erfolg ein sehr befriedigender war, und wird die Methode aufs wärmste zur Verbreitung empfohlen. *C. Müller-Genf.*

Yaws und Syphilis, von Steuber-Dar-es-Salâam. (*Brit. med. Journ.* 20. Sept. 1902.) Die Framboesia tropica ist an der Negerküste von Deutsch-Ostafrika wohlbekannt. Sie heifst dort Bouba, während man die Syphilis mit Kassuende bezeichnet, ein Beweifs, dafs die Neger beide Krankheiten von einander unterscheiden. Auch im Innern des Landes, allerdings seltener als an der Küste, tritt die Framboesie auf. Da das Krankheitsbild nicht immer charakteristisch ist, so wird ihre Unterscheidung von Syphilis oft sehr schwer. Jodkalium wirkt rasch günstig auf die Symptome ein. Auffallend ist, dafs man die Syphilis bei den Eingeborenen fast gar nicht, wohl aber bei den ausländischen Arbeitern vorfindet.

Die Mehrzahl der Autoren, wie R. Koch, Jeanselme, Kynsey, Arthur Powell, die Gelegenheit hatten, Yaws zu beobachten, unterscheiden sie bestimmt von der Syphilis. *C. Berliner-Aachen.*

Kasuistische Mitteilungen, von Andreas Buraczinski. (*Wien. klin. Rundsch.* 1902. No. 30.)

I. **Arthromeningitis syphilitica.** Eine 33jährige Patientin, Mitglied einer Siamesentruppe, Februar 1899 infiziert, zeigte im dritten Monat der Erkrankung neben Papeln am Anus periostale Auftreibungen an der Stirn und an der Tibia. Das rechte Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk, das linke Hand- und Schultergelenk und das linke Chopartsche Gelenk sind schmerzhaft; kein Fieber. Heilung durch Inunktionskur.

II. **Zwei Fälle von Endarteriitis luetica.** Im ersten Falle trat die Gehirnerkrankung schon sieben Monate nach der Acquirierung der Syphilis auf. Der Primäraffekt an der Portio vaginalis bestand noch, ein squamöses Syphilid war vorhanden. Die Krankheit verlief, nachdem lange Kopfschmerzen vorausgegangen, in wenigen Tagen letal. Die Obduktion ergab eine Endarteriitis luetica. — Im zweiten Falle ist die Infektionszeit unbekannt. Die Obduktion erwies auch eine Endarteriitis der basalen Hirnarterien. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die syphilitischen Arteriitiden der Gliedmafsen. (*Gaz. hebdomad. de Méd. et de Chir.* 1902. No. 77.) — Es wird in dieser Arbeit auf die Tatsache hingewiesen, dafs die syphilitische Arteriitis der Gliedmafsen weit häufiger ist als gemeinhin angenommen wird. Der schwerste Folgezustand dieser Affektion ist die Gangrän; der gewöhnlichste der Ausfall der Funktionsfähigkeit. *C. Müller-Genf.*

Zur Histologie der Aortitis syphilitica, von Benenati. (*Riv. critica di Clinica med.* 1902. No. 50.) Nach der histologischen Untersuchung von acht Fällen kommt Verfasser zum Schlusse, dafs die Veränderungen in der Aorta bei Syphilis nicht derart sind, dafs sie als spezifisch betrachtet werden dürften. Immerhin fällt dabei die starke Bindegewebshyperplasie der Intima auf, sowie zuweilen die Anwesenheit grofser kleinzelliger Infiltrate in der Media und Adventitia und die Sklerose der Gefäfse dieser letzteren. *C. Müller-Genf.*

Spät auftretende hereditäre Hirnsyphilis, von L. Hendrix. (*Policlinique.* 1902. No. 22.) Der Verfasser berichtet über einen 10jährigen Knaben, der unter den typischen Erscheinungen eines Abdominaltyphus (Febris continua, Diarrhoea, Milzschwellung, Roseola) erkrankt war, dabei aber an aufserordentlich heftigen, hauptsächlich in der linken Stirngegend lokalisierten Kopfschmerzen litt; die Schmerzen steigerten sich bei Nacht ins Unerträgliche. In der dritten Woche begann das Fieber zu sinken, doch blieb die Temperatur noch andauernd erhöht, auch die Kopfschmerzen

bestanden unverändert weiter. Am 38. Tage nach Beginn der Erkrankung stellten sich plötzlich die Zeichen einer Gehirnaffektion ein: es trat Erbrechen auf, das Gesicht war blafs und verzerrt, die Pupillen weit und reaktionslos, der Nacken steif, der Leib eingezogen, der Puls verlangsamt und unregelmäfsig, das Bewufstsein gestört. Der Verlauf der Krankheit, insbesondere die Art der Kopfschmerzen brachte den Verfasser zur Überzeugung, dafs es sich bei der ganzen Affektion, also auch bei dem ersten, unter dem Bilde eines Typhus einhergehenden Abschnitte um eine Gehirnveränderung hereditär-syphilitischer Natur handelte. In der Tat trat unter einer energischen Schmierkur und Verabreichung von Jodkalium rasch Besserung ein. Acht Tage nach Beginn dieser Behandlung kam es infolge einer Papillitis zu kompletter rechtsseitiger Amaurose. Doch stellte sich unter fortdauerndem Gebrauch von Jodkalium — die Inunktionen mufsten wegen starker Salivation und gastrointestinalen Störungen ausgesetzt werden — das Sehvermögen wieder ein, allerdings blieb eine Verminderung der Sehschärfe und Einengung des Gesichtsfeldes zurück. Die übrigen Krankheitserscheinungen verloren sich vollständig. *Götz-München.*

Frühzeitig auftretende maligne Hirnsyphilis vaccinalen Ursprungs, von Porot. (*Lyon méd.* 1902. No. 45.) Der Verfasser beobachtete bei einem 23jährigen Manne eine typische akute syphilitische Basilarmeningitis; die eingehende Anamnese ergab, dafs die Infektion 15 Monate vor dem Auftreten der ersten cerebralen Krankheitserscheinungen durch die beim Militär vorgenommene Impfung erfolgt war. Unter energischer Quecksilberbehandlung (Einspritzungen von Hydrargyrum benzoicum) trat bei dem Kranken ziemlich rasch beträchtliche Besserung ein. *Götz-München.*

Zur Chirurgie der Hirnsyphilis und topisch diagnostischer Verwertung der Jacksonschen Epilepsie, von Bregmann und Oderfeld. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.* 1902. X. Band. 3. und 4. Heft.) Ein 34jähriger Tischler erkrankte 15 Jahre nach einer Infektion mit hartem Schanker, die nur mit Pillen (Merkurialpillen?) behandelt worden war, an einer Periostitis in der rechten Temporoparietalgegend, rechtsseitigen Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, hochgradiger Schwäche, leichter Stauungspapille, Diplopie, Parese des l. Facialis und auch in geringem Grade der l. Hand. Antisyphilitische Behandlung anfangs von Erfolg. Nach etwa zwei Monaten aber traten Anfälle von Jacksonscher Epilepsie auf, die anfangs auf eine Schmierkur sich besserten, wieder aber vier Monate später an Intensität und Häufigkeit so zunahmen, dafs man sich zu einem operativen Eingriff entschlofs. Die Symptome: Periostitis syphilitica des r. Schädels, l. Facialis Parese von zentralem Typus, Parese der l. oberen Extremität, Zungenlähmung, Krampfanfälle der l. Gesichtshälfte mit entsprechender sensibler Aura, später des Kopfes, der Augäpfel und des l. Arms — wiesen auf einen Herd in der r. Hemisphäre in der Gegend der Zentralwindungen, speziell des Facialiszentrums hin. Bei der Trepanation zeigte sich an der entsprechenden Stelle nur fibrinöser Belag der Hirnhäute, aber kein Tumor. Tod nach 3 Tagen. Die Sektion ergab zwei grofse, zum Teil verkäste Gummata am rechten Frontallappen. Diese hatten also klinische Erscheinungen, wie ein Herd der Zentralwindungen gemacht. *Wechselmann-Berlin.*

Die syphilitische Demenz, von Edgar Hirtz. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 35.) Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Symptome und Diagnose der syphilitischen Demenz teilt der Verfasser die Krankengeschichten zweier diesbezüglicher Fälle mit. Der eine Fall betraf einen 33jährigen Mann, bei dem sich schon seit einiger Zeit eine Abnahme des Gedächtnisses und allgemeine psychische Depression bemerkbar machten. Der Kranke verfiel plötzlich ohne äufsere Veranlassung in einen Zustand absoluten Stumpfsinns und vollkommener Starrheit; gleichzeitig traten epileptiforme, auf die rechte Körperhälfte beschränkte Krampfanfälle auf. Die Pupillen

waren ungleich. Der Kranke erhielt Injektionen von Hydrargyrum bijodatum und Jodkalium in einer von 6 gr bis zu 20 gr steigenden täglichen Dosis. Unter dieser Behandlung trat ziemlich rasch Heilung ein, es blieb nur eine Schwäche des Gedächtnisses und der Auffassungsgabe zurück. Ein später auftretender Rückfall liefs sich durch die spezifische Behandlung ebenso prompt beseitigen. — Auch bei dem zweiten Kranken trat die Demenz ganz plötzlich auf; auch bei ihm waren die Pupillen ungleich, der Liquor cerebro-spinalis enthielt zahlreiche Lymphocyten. Unter Quecksilbereinreibungen und Verabreichung von Jodkalium in steigender Dosis (4—12 gr) trat vollständige Heilung ein. — Im Anschlufs an diese kasuistischen Mitteilungen betont der Verfasser, dafs bei syphilitischer Demenz eine möglichst frühzeitig beginnende, sehr energische und lange fortgesetzte Behandlung notwendig ist; nur eine solche gibt Aussicht auf einen wirklichen und andauernden Erfolg. Mehr als das Quecksilber trägt das Jodkalium zur Heilung der Affektion bei; es wird in grofsen Dosen, bis zu 30 gr pro die, gegeben. 60—70 gr Jodkalium im Tag zu verabreichen, wie das mehrmals empfohlen worden ist, hat keinen Wert, weil so grofse Mengen nicht mehr resorbiert werden. Andererseits bleiben Dosen bis zu 10 gr, über die einzelne Ärzte nicht hinausgehen wollen, in vielen Fällen ohne jede Wirkung.

Götz-München.

Gesichtsfeldaufnahmen als Kontrolle in der Behandlung der Hirn- und Rückenmarkslues, von O. Ziemssen. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1902. No. 44.) Die Resultate der Gesichtsfelduntersuchungen bei Hirn- und Rückenmarkslues sind:

1. Hirn- und Rückenmarkslues ist selbst bei ungestörtem allgemeinen Gesichtsfelde oft vereint mit Erkrankung des Opticus, die Gesichtsfeldeinengung für Rot und Grün bewirkt.
2. In der Veränderung der Farbenperzeption hat man eine Kontrolle für Besserung oder Verschlimmerung des Hauptleidens.
3. Im allgemeinen ist die Besserung eine langsame.
4. Bei einzelnen Patienten bessert sich der Zustand während scharfer Inunktionskuren, um in der Kurpause sich zu verschlechtern. Erneute Kur bringt wieder Besserung.
5. Scharfe Inunktionskuren (15—25 gr täglich) bewirkten niemals Verschlechterung.
6. Je höher die Tagesdosis genommen, je länger die Kur fortgesetzt werden konnte, um so besser das Resultat.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die parasyphilitische Epilepsie, von Widal. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 31.) Die parasyphilitische Epilepsie gleicht in ihren Symptomen vollkommen der idiopathischen Epilepsie; sie tritt in jedem Lebensalter auf, während die idiopathische Epilepsie fast ausnahmslos in den ersten zwanzig Jahren beginnt. Der Liquor cerebro-spinalis enthält bei parasyphilitischer Epilepsie keine geformten Elemente, während man bei allen syphilitischen Veränderungen des Zentralnervensystems, auch beim syphilitischen Kopfschmerz, zahlreiche Lymphocyten in dieser Flüssigkeit findet. Die Behandlung besteht in Verabreichung von Brom (5—7 gr pro die). Durch antiluetische Behandlung wird die parasyphilitische Epilepsie gleich allen anderen parasyphilitischen Affektionen wenig oder gar nicht beeinflufst; immerhin wird man es nach längerem Bromgebrauch mit einer antisyphilitischen Kur versuchen.

Im Anschlufs an diese Darlegungen erklärt W., dafs er die Tabes und die Paralyse nicht für parasyphilitische, sondern für wirkliche syphilitische Erkrankungen hält; dieselben werden nicht durch den Syphiliserreger selbst, sondern durch dessen Toxine hervorgerufen. Dagegen wird die Entstehung der Gummata wahrscheinlich durch die Syphilismikrobien selbst verursacht; dafür spricht nach W.s Auffassung das Vorhandensein von Riesenzellen in den Gummigeschwülsten. Die antiluetische Behandlung der Tabes ist sicher nicht so aussichtslos, wie sie gewöhnlich dargestellt wird; durch

dieselbe werden zweifellos manche Fälle von beginnender Tabes gebessert oder doch am Fortschreiten verhindert. MARIE behauptet, daſs, seitdem die Tabes antisyphilitisch behandelt wird, schwere Ataxien viel seltener zur Beobachtung kommen als früher. In Fällen freilich, in denen die Hinterstränge bereits sklerosiert sind, ist das Quecksilber wirkungslos. *Götz-München.*

Ein Fall von JACKSONscher Epilepsie auf syphilitischer Basis, von L. LÉVY. (*Gyógyászat.* 1902. No. 25.) Der 80jährige Kranke leidet seit ca. einem Jahre an klonisch-toxischen Krämpfen mit Verlust des Bewuſstseins und Lähmungserscheinungen der linken Körperhälfte. Der Kranke bietet in zweierlei Hinsicht Interesse. Erstens in therapeutischer Hinsicht. Auf antiluetische Behandlung (Quecksilber kombiniert mit Jod) bilden sich alle Erscheinungen zurück, Patient nimmt an Kräften zu, hat den Anschein eines ganz gesunden Menschen (mit Ausnahme des noch vergröſserten Hoden — Hodengumma —, welches trotz energischer Behandlung bis zu einer gewissen Grenze stationär bleibt). Der Kranke ist über zwei Monate von epileptischen Krämpfen frei, bis sich wieder starke und häufige Krämpfe — selbst bis 84 in 24 Stunden — einstellen und während eines solchen der Patient an Erstickung zu Grunde geht. Beweis dessen, wie vorsichtig die Prognose bezüglich der Heilung der JACKSONschen Epilepsie gestellt werden muſs. — Zweitens in diagnostischer Hinsicht. Laut den vorhandenen Symptomen in vivo müſste man annehmen, daſs die psycho-motorische Fläche der Gehirnrinde erkrankt sein muſste, während es sich bei der Obduktion herausstellte, daſs die rechten drei frontalen Windungen vor dem Sulcus Rolando gummös erkrankt waren. Wie sollen nun die JACKSONsche Epilepsie und die beobachteten Lähmungserscheinungen bei dieser Lokalisation erklärt werden? In diesem Falle könnte wohl die KOCHERsche Theorie herbeigeholt werden, laut welcher die Lähmungen und Krämpfe durch den Gehirndruck auf die psycho-motorische Fläche ausübende Reizerscheinungen ausgelöst werden. Es bleibt aber noch immer die Frage offen: Was verursachte die periodischen Steigerungen und Abnahmen des Gehirndruckes? *A. Alpár-Alexandria.*

Über einen Fall von syphilitischer Meningomyelitis, von COLMAYER. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1902. No. 11.) Bei einer 50jährigen Patientin traten plötzlich in der Höhe des sechsten Dorsalwirbels heftige, in die Lumbalgegend ausstrahlende Schmerzen auf. Ein Arzt verordnete kalte Bäder, worauf sich rasch eine vollständige Paraplegie der Unterextremitäten ausbildete, während die Schmerzen immer mehr zunahmen und in beide Beine ausstrahlten. Es bestand starke Erhöhung der Sehnenreflexe und Harnretention, während der Sphinkter ani unbeteiligt blieb. Die Sensibilität war normal. Es muſste sich also zweifellos um eine Myelitis spinalis handeln, aber weniger leicht erschien es, zunächst die Natur dieser Veränderungen zu erkennen. Die Anamnese ergab, daſs die Patientin einen Abort gehabt hatte, und daſs die Schmerzen hauptsächlich nachts exacerbierten. Gestützt hierauf wurde die spezifische Behandlung eingeleitet, worauf nach der 120. Einreibung die vollständige Heilung eintrat. *C. Müller-Genf.*

Die chronischen syphilitischen Myelitiden, von CHAUFFARD. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 49.) Kurzer Bericht über einen an Tabes und einen an spastischer Paraplegie leidenden Patienten; beide Kranke waren, der eine vor dreizehn, der andere vor drei Jahren syphilitisch infiziert worden. Der Verfasser hält daran fest, daſs die Syphilis die Ursache der Tabes ist, erklärt sich aber mit LEREDDE gegen eine Unterscheidung von syphilitischen und parasyphilitischen Affektionen; nach seiner Auffassung ist die Tabes eine syphilitische Manifestation, die durch lange Zeit (12—18 Monate) hindurch fortgesetzte Anwendung von Quecksilber in sehr groſsen Dosen zur Heilung gebracht werden kann. In dem erwähnten Falle haben schon verhältnismäſsig kleine

Mengen Quecksilber Besserung bewirkt. Kranke mit spastischer Paraplegie vertragen, wie Brissaud und Marie gezeigt haben, Quecksilber sehr oft schlecht; in dem vorliegenden Falle soll jedoch ein vorsichtiger Versuch mit Hydrargyrum gemacht werden.

Götz - München.

Über einen Fall von Rückenmarkssyphilis, von Defillo. (*Revista med. de Santo Domingo.* 1902. No. 2.) Ein 18jähriger Jüngling hatte sich zunächst eine Gonorrhoe zugezogen, welche sich mit Striktur, Prostatitis, Cystitis, Bildung von Urethralfisteln etc. komplizierte. Drei Jahre danach trat ein harter Schanker des Präputium hinzu, dem sehr rasch eine Reihe von Störungen von seiten des Nervensystems folgten: heftige nächtliche Kopfschmerzen, wiederholte Anfälle von Krämpfen mit ausstrahlenden Schmerzen in einer unteren Extremität, Paraesthesien in dem einen Fuſse, hyperästhetische Plaques an den Beinen. Niemals dagegen konstatierte man Störungen in der Reaktion der Pupillen, die Reflexe blieben normal, ebenso die Funktion der Sphinkteren; das Rombergsche Phänomen fehlte. Verfasser ist der Ansicht, daſs es sich um eine spezifische Affektion des Rückenmarks gehandelt habe, in welcher Ansicht er übrigens durch den günstigen Erfolg der spezifischen Therapie nur bestärkt wurde.

C. Müller - Genf.

Klinische Formen der spinalen Syphilis, von Williamson. (*Wien. med. Blätter.* 1901. No. 17—18.) Verfasser beschreibt die verschiedenen Rückenmarkserkrankungen, welche die acquirierte Syphilis veranlassen kann und zwar: Kompressionssymptome von seiten des Rückenmarkes oder der Nervenwurzeln durch syphilitische Erkrankungen der Wirbel; eine höchst seltene Form zeigt die Symptome einer chronischen Meningitis, ohne Anzeichen für eine Mitbeteiligung des Rückenmarkes, pathologisch-anatomisch findet man chronische Pachymeningitis und Leptomeningitis; die häufigste Form ist die Meningomyelitis, sodann die akute syphilitische Paraplegie (akute syphilitische Myelitis); die Erbsche syphilitische Spinalparalyse; Paraplegie mit kombinierter Degeneration in der hinteren und lateralen Kolumne; Gumma des Rückenmarkes oder der Meningen, welche mitunter die Symptome der Brown-Séquardschen Lähmung (Hemiparaplegie) zeigen. Dann gibt es anomale Formen, welche andere spinale Erkrankungen imitieren oder kombinierte Lähmungen hervorrufen. Den Zusammenhang von Syphilis und Tabes hält Verfasser noch nicht genügend klargestellt. — Die spinale Syphilis ist eine ziemlich seltene Erkrankung. Während zehn Jahren litten im Manchester Hospital 2456 Personen an Erkrankungen des Nervensystems; 118 von diesen Nervenkranken litten an Tabes, dagegen 32 bloſs an spinaler Syphilis. Männliche Individuen werden weit häufiger befallen als weibliche; von den 32 Fällen waren 26 männliche und 5 weibliche. Das Alter der Kranken lag zwischen 20 und 40 Jahren. Die spinale Erkrankung kann bereits kurze Zeit nach der syphilitischen Infektion (7 Monate) oder erst nach Ablauf vieler Jahre (10—15 Jahren) auftreten. In 17 unter 27 Fällen fand er, daſs die Krankheit innerhalb der ersten 5 Jahre nach der Infektion aufgetreten war, in 2 Fällen bereits innerhalb der ersten 12 Monate. Bei den 32 Fällen trat der Tod in 9 Fällen ein, Heilung in 10; die übrigen Fälle kamen ohne besondere Veränderung des Zustandes auſser Beobachtung. Die Natur der 9 tötlichen Fälle war folgende: Akute Paraplegie (akute Myelitis) 5 Fälle, Erbs chronische syphilitische Paralyse 1 Fall, Gumma des Rückenmarkes 1 Fall, Meningomyelitis 1 Fall. Die Natur der 10 geheilten Fälle war folgende: 5 Meningomyelitis, 3 Meningitis, 1 akute Paraplegie und 1 Pseudotabes. — Die folgenden allgemeinen Umstände sprechen zu Gunsten der syphilitischen Natur einer spinalen Erkrankung: 1. Die Anamnese einer vorausgegangenen syphilitischen Infektion; 2. Zeichen einer vorhandenen oder überstandenen syphilitischen Erkrankung an verschiedenen Teilen des Körpers; 3. das Vorhandensein cerebraler Symptome (bedingt durch gleichzeitige

syphilitische Veränderungen in cerebro); 4. die verhältnismäfsig geringe Intensität der Rückenmarkserkrankung im Vergleiche mit der ausgedehnten erkrankten Partie; 5. das Vorhandensein von Brown-Séquardscher Lähmung (Hemiparaplegie) zu irgend einem Zeitpunkte der Erkrankung. Häufig ist jedoch diese Symptomengruppe unvollständig oder vorübergehend; 6. Schwankungen in der Intensität der nervösen Symptome; 7. Multiplizität der Läsionen. — Hinsichtlich der Therapie hält es Verfasser für das beste, nachdem man Quecksilber und Jod eine Zeitlang gleichzeitig angewendet hat, dieselben dann abwechselnd zu gebrauchen.

A. Alpár-Alexandria.

Die unausgebildeten Formen von Tabes dorsalis bei zweifellos Syphilitischen, von Glorieux. (*Policlinique.* 1902. No. 11.) Der Verfasser betont, dafs als „Tabes bei Syphilis“ nur diejenigen Fälle in Betracht kommen, bei denen Syphilis absolut sichergestellt ist, nicht aber die Fälle, bei denen Syphilis nur möglich oder wahrscheinlich ist. Er berichtet dann über drei Fälle von unausgebildeter Tabes bei zweifellos Syphilitischen. Die Erscheinungen waren im ersten Falle gastrische Krisen, linksseitige Ptosis, Verschwinden des linksseitigen Patellarreflexes, Ungleichheit der Pupillen, Verlangsamung der Pupillenreaktion auf Lichteinfall, Strabismus divergens lancinierende Schmerzen und Abnahme der sexuellen Leistungsfähigkeit. Der zweite Patient wies eine leichte Behinderung im Gehen, leichte Ataxie der oberen Extremitäten, Harnretention, blitzartige Schmerzen, Fehlen des Patellar- und Achillessehnenreflexes, Ungleichheit der Pupillen, rechtsseitige reflektorische Pupillenstarre und Abnahme der sexuellen Kraft auf. Im dritten Falle endlich fanden sich Gürtelschmerzen, Erschwerung der Harnentleerung, Herabsetzung des Patellarreflexes, reflektorische Pupillenstarre und Impotentia coeundi. Die Beobachtungszeit in den drei Fällen betrug sieben, fünf und sechs Jahre. Bei allen drei Patienten war der Verlauf der Syphilis ein sehr milder gewesen; überhaupt hat der Verfasser niemals einen Tabiker gesehen, bei dem die Syphilis schwere sekundäre oder tertiäre Erscheinungen gemacht hätte. Die mitgeteilten drei Fälle beweisen nach Ansicht des Verfassers, dafs „die Tabes bei zweifellos Syphilitischen eine sehr milde Form annimmt und diese mehrere Jahre hindurch beibehält“. (Das ist eine Behauptung, deren Richtigkeit sicher nicht durch drei vereinzelte klinische Beobachtungen bewiesen werden kann. Ref.) — Mit Babinski hält der Verfasser das dauernde Fehlen der Pupillenreaktion auf Lichteinfall, wenn dasselbe nicht mit einer Erkrankung des Augapfels und des Nervus opticus oder einer Paralyse des Nervus oculomotorius verbunden ist, für ein nahezu pathognomonisches Zeichen erworbener oder ererbter Syphilis. Ungleichheit der Pupillen und Fehlen des Lichtreflexes gehen sehr häufig dem Auftreten schwerer luetischer Manifestationen im Zentralnervensystem voraus. — Von der antisyphilitischen Behandlung der Tabes ist der Verfasser ganz abgekommen; er beschränkt sich stets auf die Suspensionsbebandlung.

Götz-München.

Formes frustes von Tabes bei den Syphilitikern, von Glorieux. (*Policlinique.* 1902. No. 19.) Der Verfasser hat bei drei Männern, die sich vor Jahren syphilitisch infiziert hatten, formes frustes von Tabes, d. h. unvollständige, verhältnismäfsig gutartige, mit beträchtlichen Schwankungen einhergehende, im ganzen aber lange stationär bleibende Fälle von Tabes beobachtet. Zwei von diesen drei Kranken waren nur ganz kurze Zeit hindurch antisyphilitisch behandelt worden. Im Anschlufs an die Mitteilung dieser Fälle wirft der Verfasser die Frage auf, ob nicht die Tabes bei Syphilitikern eine besondere Form annimmt, ob sie nicht gerade bei solchen Kranken häufig eine sehr langsame Entwicklung aufweist und ohne Ataxie und Bewegungsstörungen verläuft. Mit Joffroy glaubt Gl., dafs die Tabes speziell bei Syphilitikern, die nur ganz kurze Zeit hindurch antisyphilitisch behandelt worden

sind, einen leichten, beinahe abortiven Verlauf nimmt, während bei Luetikern, die lange Jahre hindurch mit Quecksilber behandelt worden sind, schwere Fälle von Tabes beobachtet werden. *Götz-München.*

Die Pathologie der Tabes dorsalis, von J. Nageotte-Paris. (*Presse méd.* 1902. No. 99.) Verfasser beschrieb im Jahre 1894 die Neuritis radicularis interstitialis transversa, als welche man den entzündlichen syphilitischen meningitischen Prozeſs bezeichnen kann, welcher der Rückenmarksschwindsucht zu Grunde liegt. Er ist bei der einfachen syphilitischen Meningitis nicht immer vorhanden, er stellt eine häufige, aber nicht notwendige Folge der meningitischen Läsion dar. Bei der Tabes dagegen zeigt er sich konstant. Die Tabes dorsalis ist nichts anderes als eine besondere Erkrankung aus der Pathologie der Wurzelnerven. Das Charakteristische an ihr ist die syphilitische Natur der entzündlichen Vorgänge. *Hopf-Dresden.*

Mitteilung von Dr. Antonelli, betreffend die Tabes und allgemeine Paralyse in ihrer Beziehung zur Syphilis. (*Ann. policlin. centr.* 1902. No. 7.) Verfasser will den Beweis dafür, das Tabes und Paralyse in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle Folgekrankheiten der Syphilis sind, aus den bei diesen Krankheiten regelmäſsig beobachteten, zum Teil erst neuerdings bekannt gewordenen Veränderungen am Sehapparat erbringen. Vier Arten von Störungen werden bei Tabikern und Paralytikern beobachtet:

1. Erscheinungen an den Pupillen; namentlich die Ungleichheit der Pupillen (Anisocorie) fehlt nie bei der Tabes, sie gilt als sicheres, untrügliches Zeichen alter Syphilis.

2. Muskellähmungen. Teilweise Lähmung des Oculomotorius, Abducenslähmung, Lähmung der Iris- und Ciliarkörpermuskulatur etc. sind in der präataktischen Periode der Tabes sehr häufig, noch häufiger aber werden sie als syphilitische Späterscheinungen beobachtet.

3. Klassische ophthalmoskopische Veränderungen und

4. Rudimentäre ophthalmoskopische Stigmata.

Störungen der dritten Gruppe sind verhältnismäſsig selten, abgesehen von der Opticussklerose. Dagegen sind rudimentäre diffuse Veränderungen an der Papille und der Chorio-Retina, vornehmlich Pigmentstörungen, nicht nur häufig, sondern geradezu die Regel; sie sollen nach den Untersuchungen zahlreicher Forscher sichere Zeichen erworbener oder hereditärer Syphilis sein. Die Seltenheit von ausgesprochener Papillitis und Chorio-Retinitis im Gegensatze zu den so häufigen rudimentären, dystrophischen Veränderungen erklärt Verfasser in folgender Weise: jene schweren Störungen finden sich meist bei den schweren Syphilisformen, die selten zu Tabes und Paralyse führen; die dystrophischen Störungen dagegen bilden sich unter den langsamen und fortdauernden Einfluſs jener Syphilisfälle aus, die, sei es aus Unkenntnis oder Nachlässigkeit, sei es wegen der Geringfügigkeit der Symptome, mangelhaft oder gar nicht behandelt wurden, und diese Fälle enden gerade am häufigsten mit Tabes oder Paralyse.

Die Schwierigkeit einer Beeinflussung dieser Leiden durch antisyphilitische Behandlung liegt wohl darin, daſs man meist mit der Behandlung zu spät kommt. Ist das Nervengewebe erst einmal ergriffen, so ist eine Heilung im funktionellen Sinne nicht mehr zu erwarten, da pathologisch-anatomisch die „Heilung" nur eine Narbenbildung sein kann. Die sorgfältige Untersuchung der Augen kann jedenfalls sehr frühzeitig auf den richtigen Weg führen und sollte in keinem zweifelhaften Falle unterlassen werden. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Spastische und syphilitische Spinalparalyse, von W. Erb-Heidelberg. (*Lancet*, 11. Okt. 1902.) Gegenüber der typischen spastischen Spinalparalyse zeichnet

sich die syphilitische Form durch das Hinzutreten von Blasenstörungen und Sensibilitätsstörungen subjektiver und objektiver Art aus. In anatomischer Hinsicht findet sich dementsprechend neben einer Affektion der Seitenstränge, namentlich der Pyramidenbahnen, auch eine Systemerkrankung an den Hintersträngen. Der Beginn ist aufserordentlich langsam und schleichend; die Krankheitsdauer im ganzen aber entschieden kürzer als bei der ersten Form. Therapeutisch kommt eine energische gemischte Behandlung natürlich in erster Linie in Betracht.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von luetischer doppelseitiger Postikuslähmung mit Ausgang in Heilung, von F. Steinhaus. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 45.) Bei einem 39jährigen Syphilitiker, bei dem seit einiger Zeit neben einer auffallenden Steigerung der Sehnenreflexe an beiden Beinen und Trägheit der Pupillenreflexe bei Lichteinfall Schmerzen an der Hinterseite des linken Oberschenkels, besonders an der Austrittsstelle des Nervus ischiadicus bestanden, trat ganz plötzlich eine doppelseitige Postikuslähmung mit hochgradiger inspiratorischer Dyspnoe auf. Die Lähmung kam unter energischer antiluetischer Behandlung (täglich wiederholte Injektionen von Hydrargyrum succinimidatum und Jodkalium innerlich) ohne Tracheotomie innerhalb einiger Wochen zur völligen Rückbildung; auch die Schmerzen am Bein verschwanden vollständig. Es handelte sich demnach zweifellos um eine Postikuslähmung auf syphilitischer Basis, wahrscheinlich bedingt durch eine periphere Erkrankung des Nervus recurrens, während die Erscheinungen am linken Bein wohl als Neuritis ischiadica luetica zu deuten waren. Es wäre allerdings auch möglich, dafs die Postikuslähmung wie alle übrigen Krankheitserscheinungen Symptome einer beginnenden luetischen Gehirnerkrankung oder aber Initialsymptome von Tabes darstellten.

Götz-München.

Gummöse, einen malignen Tumor vortäuschende Zellgewebsentzündung im Becken bei einem 34jährigen hereditär-syphilitischen Manne, von Alfred Fournier. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 43.) Bei einem 34jährigen, kachektischen Manne, der seit einigen Monaten an Erschwerung der Kotentleerung und der an Zahl stark vermehrten Miktionen litt, fand sich ein das ganze kleine Becken ausfüllendes, gleichmäfsiges, voluminöses, hartes, indolentes Exsudat, das Blase und Mastdarm komprimierte und vorne und auf der linken Seite noch in das grofse Becken hineinragte. Der Kranke wies keinerlei Zeichen einer erworbenen oder angeborene Lues auf. Aber die Angabe, dafs von seinen 15 Geschwistern 12 in frühem Kindesalter gestorben seien, und der Umstand, dafs sich bei einem älteren Bruder des Patienten am Augenhintergrunde ganz typische Zeichen einer kongenitalen Lues fanden, legten den Verdacht nahe, dafs der Tumor, der ursprünglich für ein inoperables Sarkom gehalten worden war, eine hereditär-syphilitische Manifestation darstellen könne. Und in der Tat verschwand die Geschwulst unter einer energischen antiluetischen Behandlung im Verlaufe von zwei Monaten vollständig. — Ein ähnlicher Fall von gummöser Zellgewebsentzündung im kleinen Becken ist bis jetzt noch nicht beschrieben worden. Auch das ist nicht sehr häufig, dafs sich eine kongenitale Syphilis erst im 34. Lebensjahre geltend macht, ohne dafs irgend welche andere hereditär-syphilitischen Erscheinungen vorausgegangen wären. Der Fall beweist weiterhin, wie wichtig für die Diagnose der hereditären Syphilis der Nachweis grofser Kindersterblichkeit in einer Familie ist, welch' schwerwiegende Anhaltspunkte die Untersuchung des Augenhintergrundes geben und von welchem Werte in zweifelhaften Fällen die Untersuchung der Geschwister eines auf hereditäre Lues verdächtigen Kranken sein kann. Der Fall beweist endlich, dafs durchaus nicht alle Hereditär-Syphilitischen Mifsbildungen, Dystrophien oder dergl. aufweisen.

Götz-München.

Über einige seltene Formen syphilitischer Gummata, von GIOVANNI PINI-Bologna. (*Bollett. Scienze Med. di Bologna.* Juni 1902.) Verfasser stellt aus der Literatur aller Länder eine große Reihe von Fällen ungewöhnlicher Gummaformen zusammen, so u. a. Gummata der Muskeln, Sehnen, aponeurotischen Fascien, der Thyreoidea, ferner Kombinationen von Gumma mit Tuberkulose, Malaria, Krebs, Umwandlung des Gumma in einen Sphacelus mit phlegmoneähnlichen Hautsymptomen. In einem Falle eigener Beobachtung bildete sich bei einer 53jährigen Frau ohne syphilitische Antecedentien eine Anzahl verschieden großer, bläulichroter Knoten auf dem Rücken der Hand, später auf dem Vorderarm und der Regio deltoidea, auf den Schlüsselbeinen, dem Rücken, Ober- und Unterschenkeln. Einige von den Knoten waren ulceriert und mit einer geschichteten, gelbgrünlichen Kruste bedeckt. Das rechte Kniegelenk war gerötet, geschwollen und halb flektiert. Drüsen und Schleimhäute zeigten keine Abnormität, ebensowenig Milz und Leber. Differentialdiagnostisch konnten ausgeschlossen werden: KAPOSIS Sarkoid, echte Sarkomatose und, was vor allem in Betracht kam, Tuberkulose. Die Diagnose auf Syphilis wurde erschwert durch die abweichende Farbe der Knoten, die Art ihrer Degeneration und ihrer Ulcerationsprodukte, sodann durch den ausgeprägt entzündlichen Charakter der Kniegelenksstörung, wie auch durch die Lokalisation der Knoten auf dem Tibialis und Peroneus bei gleichzeitigem Fehlen von Knochenstörungen an diesen Extremitäten. Sie wurde schließlich gerechtfertigt durch den histologischen Befund und durch den Erfolg der spezifischen Behandlung. *M. Levor-Hamburg.*

Kasuistischer Beitrag zur Genese der Gummata syphilitica, von G. KULISCH-Halle. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 49.) K. berichtet über einen Fall von Gummabildung an den Injektionsstellen von Hydrargyrum salicylicum. Interessant bei der ausführlich beschriebenen Krankengeschichte ist es, daß noch nach Verlauf von vollen fünf Jahren Reste der früheren Hydrargyrum salicylicum-Injektionen in der Muskulatur in überzeugender Weise auf chemischem Wege nachzuweisen waren. Das Entstehen der Glutäalgummata im vorliegenden Falle erklärt Verfasser so: Die Injektionen haben am Orte der Applikation entzündliche Erscheinungen hervorgerufen und im Muskelgewebe chronische Veränderungen loci minoris resistentiae gesetzt, welche das Substrat für die späteren tertiären Krankheitsherde abgegeben haben. Als veranlassendes Moment für die Etablierung des Tertiarismus überhaupt sind in erster Linie die außerordentlich spät eingeleitete primäre spezifische Kur und das durch seinen Reiseberuf bedingte unregelmäßige und strapaziöse Leben anzuschuldigen. Das jahrelang im Muskel liegende Quecksilber hat wie ein Fremdkörper einen chronischen Reiz auf seine Umgebung ausgeübt und so die Veranlassung zur Etablierung des durch allgemeine Verhältnisse begünstigten Tertiarismus abgegeben.

Bernhard Schulze-Kiel.

Ausgedehntes gummöses Geschwür der Stirn mit Nekrose des ganzen Stirnbeins und sekundäre Pachymeningitis externa, von MOSCA. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1902. No. 19.) Das Ulcus lag, 12 cm hoch und 6 cm breit, in der Mitte der Stirn und zeigte in seinem Grunde das nekrotische Stirnbein. Der Patient starb kachektisch. Die Sektion ergab folgenden Befund: gummöse Osteoperiostitis der Schädelknochen mit kariöser Zerstörung und hyperstotischer Verdickung. Pachymeningitis syphilitica externa; Lungentuberkulose, Milztumor, amyloide Degeneration der Nieren. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von ulceriertem Syphiloderma des Armes infolge von verkannter Lues, von MOSCA. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1902. No. 20.) Bei einem 35jährigen Manne hatte sich am Oberarm unter Fiebererscheinungen ein Knoten entwickelt, welcher sich innerhalb zwei Jahren über den ganzen Arm ausbreitete und

sich in ein weites Geschwür verwandelte, welches als tuberkulös betrachtet und unter drei Malen entsprechend durch Auskratzen mit dem scharfen Löffel behandelt wurde. Jedesmal bildete sich jedoch das Geschwür von neuem und subcutane Injektionen von Jod-Jodkaliumlösung blieben ohne jeden Erfolg. Nun wurde erst an die Möglichkeit einer spezifischen Affektion gedacht, trotzdem sich aus der Anamnese nichts eruieren liefs, als ein im 16. Jahre durchgemachten Tripper. Zwei Jahre vor dem Auftreten der ersten Geschwürserscheinungen hatte der Patient intermittierende Fieberbewegungen gezeigt, deren Natur nicht festgestellt werden konnte. Als die spezifische Natur des Ulcus erkannt wurde, wurde sofort mit der entsprechenden Behandlung begonnen, worauf rasch Vernarbung eintrat. *C. Müller-Genf.*

Statistische Untersuchung über die Folgen infantiler Lues (acquirierter und hereditärer), von Alfred Martin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 25.) Der Verfasser hat über die weiteren Schicksale aller Kinder, die in den Jahren 1860 bis 1890 wegen Lues in die medizinische Klinik in Jena aufgenommen worden sind, im Jahre 1900 Erkundigungen eingezogen. Es handelt sich um 13 Fälle von acquirierter und 43 Fälle von hereditärer Lues. Über drei der 13 Fälle von erworbener Syphilis fehlt jede Nachricht. Von den übrigen zehn sind die beiden im Alter unter zwei Jahren Infizierten im frühen Kindesalter an interkurrenten Krankheiten gestorben. In einem Falle fehlen Nachrichten vom 14. Lebensjahre an, die übrigen sieben stehen im Alter von 23—39 Jahren und sind gesund. Alle sieben haben geheiratet, die zwei Männer haben sechs, bezw. sieben gesunde Kinder, von den fünf Frauen hat eine sechs Kinder, eine hatte ein Kind, das nach 2¼ Jahren starb, drei sind kinderlos. Ein Einfluſs der Lues auf die Psyche ist in keinem Falle bemerkbar. — Bei den 43 Fällen von hereditärer Lues handelt es sich in 13 Fällen um Lues hereditaria praecox, in 30 Fällen um Lues hereditaria tarda. Von den 13 Fällen der ersteren Art fehlt in drei Fällen jede Auskunft, von den zehn übrigen starben sieben im Alter unter 1½ Jahren, einer starb mit 18 Jahren an Tuberkulose, einer lebt als moralisch Schwachsinniger, doch ist der geistige Defekt in diesem Falle auf Rechnung erblicher Belastung und nicht auf Rechnung der Lues zu setzen, einer lebt als gesunder Mann mit zwei Kindern. Von den 30 Fällen mit Lues hereditaria tarda war nur in 19 Fällen Auskunft zu erhalten. Von diesen sind fünf im Alter von 9—20 Jahren gestorben, und zwar drei an den direkten Folgen der Lues. Die übrigen 14 leben und stehen im Alter von 18—41 Jahren. Dreizehn sind anscheinend gesund, nur ein zurzeit 28jähriger Mann weist seit seinem 9. Lebensjahre tertiäre Erscheinungen auf, er hat zwei lebende Kinder, zwei Kinder starben an Krämpfen, ein Kind wurde tot geboren, aufserdem hatte die Frau mehrere Aborte. In drei Fällen fehlen Nachrichten über Ehe und Kinder, eine Patientin ist unverheiratet und kinderlos, die übrigen zehn haben sämtlich lebende Kinder, Totgeburten kamen nicht vor. — Eine besondere Disposition der infantilen Luetiker für bestimmte Krankheiten, insbesondere für frühzeitig auftretende Nerven- und Gefäſserkrankungen konnte nicht festgestellt werden; auch von einer Verspätung im Eintritt der Pubertät war nichts zu eruieren.

Götz-München.

Friedreichsche Krankheit und hereditäre Syphilis, von A. Bayet-Brüssel. (*Journ. de Neurol.* 1902. No. 8.) Die Ätiologie der Friedreichschen Krankheit ist noch eine sehr dunkle. Aus diesem Grunde berichtet der Verfasser über den Fall einer Familie, in welcher die hereditäre Syphilis eine Rolle spielt, und deren Glieder zum Teil an Symptomen der Friedreichschen Krankheit leiden. Es handelt sich um zwei Söhne von 17 und 9 Jahren, sowie drei Töchter von 14, 11 und einen Säugling, der bald nach der Geburt (Zwillingsschwester) an Krämpfen gestorben ist. Die anderen vier Kinder zeigten statische Ataxie, Inkoordination der Bewegungen beim

Gehen, Zittern der Glieder, der Zunge, Nystagmus, Reflexverluste, typische FRIEDREICHsche Veränderung des Fufses und andere Symptome. Daneben bestanden zweifellose Zeichen hereditärer Luesnarben am Körper, denen Ulcerationen vorangegangen sein sollen, Narben der Lippenkommissuren, Opacitäten der Hornhaut, Lingua geographica. Zwei Kinder tragen sogar typische ulceröse Gummen an der Mandel beziehentlich an der Fersengegend. *Hopf-Dresden.*

Über 178 Fälle kongenitaler Syphilis, von SZALÁRDI. (*Gyógyászat.* 1902. No. 15.) Im „Weifsen Kreuz"-Findelhause wurden im Verlaufe von drei Jahren zwischen 11840 Kindern 178 mit hereditärer Syphilis (1,56%) aufgenommen, und nachdem in die Anstalt erst nach zehn Tagen nach der Geburt die Kinder gebracht werden und während dieser Zeit ein ziemlich grofser Teil an Syphilis stirbt, so kann wohl angenommen werden, dafs in Budapest 3% der unehelichen Kinder mit hereditärer Syphilis zur Welt kommen. (In Budapest werden jährlich mehr als 6000 uneheliche Kinder geboren, also jährlich beiläufig 200 mit hereditärer Syphilis.) Die meisten wurden mit der Innunktionskur behandelt, der kleinere Bruchteil intern mit Kalomel oder mit Sublimatbädern oder mit allen dreien kombiniert. Von den 178 Kindern starben 80 (also 46%); an kongenitaler Lues aber nur 59, die übrigen an anderen interkurrierenden Komplikationen. Bezüglich der Prophylaxe der Syphilis macht nun Verfasser folgenden Vorschlag: Es wäre lobenswert, ähnliche Immunisierungsversuche zu machen, wie es bei anderen Infektionskrankheiten geschieht. Das Material wäre leicht zu haben; in erster Linie jene, die, ohne dafs sie syphilitisch wären, gegen diese Krankheit immun sind, das wären jene nicht syphilitischen Frauen, deren Kinder an Lues hereditaria leiden. In zweiter Linie könnten zu den Experimenten diejenigen dienen, deren Schicksal und Lebensweise sie nach einer gewissen Zeit sicher syphilitisch erkrankt macht, und das sind die Prostituierten. Wenn daher die letzteren mit deren Einverständnis mit dem Serum der immunen Frauen behandelt werden möchten und es sich herausstellen würde, dafs erstens durch die Impfung die Prostituierte keine Syphilis bekommt, dafs zweitens dieselbe gegen die Syphilis immunisiert werden kann, so wäre ein grofser Schritt in der Prophylaxe der Syphilis gemacht, indem ja bekanntlich die Hauptverbreiter der Syphilis die Prostituierten sind. Das schlimmste Resultat dieser Experimente wäre, wenn es sich zeigen würde, das trotz aller Erfahrungen und Überlegungen die bis jetzt für immun gehaltene Frau dennoch syphilitisch ist und 1—2 der eingeimpften Individuen syphilitisch werden möchten, ob zwar es solche Individuen sind, die dieser Erkrankung ja früher oder später doch nicht entrinnen werden. *A. Alpár-Alexandria.*

Hereditäre Frühsyphilis ohne Exantheme, von C. HOCHSINGER. (*Wien. med. Presse.* 1902. No. 39.) Verfasser beobachtete 17 kongenital-syphilitische Kinder, bei welchen klinisch nachweisbare viscerale und osteochondritische Erkrankungen (Pseudoparalysen) vor dem Auftreten des Exanthems bestanden, ganz abgesehen von der niemals fehlenden Rhinitis. Bei weiteren 14 Fällen, deren Alter zwischen 7 und 24 Tagen zur Zeit der ersten Vorstellung schwankte, und welche alle mindestens ein halbes Jahr lang beobachtet wurden, fehlte dauernd jedes Exanthem. In diesen Fällen bestanden ebenfalls blofs die vorhin angegebenen angeborenen luetischen Affektionen. Verfasser macht nun folgende Schlufsfolgerungen: Bei der angeborenen Syphilis darf nicht — wie bei der erworbenen — die Diagnose von dem Bestehen eines Exanthems abhängig gemacht werden, denn diese Beobachtungen lassen die Tatsache feststellen, dafs es eine exanthemlose hereditäre Frühsyphilis gibt, und unter diesen Verhältnissen die Existenz einer hereditären Spätsyphilis ohne vormalige Früherscheinungen im Säuglingsalter bezweifelt werden mufs, weil es sich in Fällen dieser Annahme immerhin um Individuen gehandelt haben kann, bei denen sich die ersten Syphilisausbrüche

ausschliefslich in den Eingeweiden und in den Knochenknorpelgrenzen lokalisiert haben könnten. (Sechs solche exanthemlose Fälle waren länger als ein Jahr lang in Evidenz, einer sogar 12 Jahre, bei dem letzteren im Alter von sieben Jahren sich sogar Erscheinungen einer Syphilis hereditaria tarda — periostale Tophi — zeigten.) In solchen exanthemlosen Fällen kann aber die angeborene Infektion auch von Ärzten leicht übersehen werden, was bei den exanthematischen Formen der angeborenen Syphilis doch kaum denkbar ist. Dieser Antagonismus zwischen Eingeweide- und Hautaffektionen bei angeborener Syphilis ist auf entwickelungs-geschichtlichem Wege zu erklären. Verfasser stellt auch das Vorkommen einer einfachen flüchtigen Roseola, wie sie die acquirierte Syphilis unter Umständen hervorbringt, bei der angeborenen Erkrankung in Abrede; bei den ersten Fleckenexanthemen der hereditären Syphilis handelt es sich niemals um flüchtige Efflorescenzen, sondern stets um scheibenförmige, bald in Pigmentierung übergehende, glänzende Fleckbildungen. Bei sicher gestellter Diagnose der hereditären Syphilis, gleichviel in welchen Organen dieselbe lokalisiert ist, mufs man unverzüglich die Behandlung des Falles in Angriff nehmen. Es wäre verfehlt, den Ausbruch eines Exanthems abzuwarten, weil ein solches eben nicht immer auftreten mufs, und weil es gelingen kann, solche rein visceral und ossal lokalisierte Formen der hereditären Infektion durch sofort eingeleitete antisyphilitische Behandlung zur Heilung zu bringen. *A. Alpár-Alexandria.*

Ein Fall von „pränataler" Syphilis, von A. H. Ohmann-Dusmenil-St. Louis. (*St. Louis med. Journ.* Sept. 1902.) Die Bezeichnung „pränatale Syphilis" zieht Verfasser den üblichen Namen „hereditäre", „kongenitale Syphilis" und ähnlichen vor, weil es sich nicht um eine eigentliche Vererbung handele, sondern um Übertragung, und weil die Affektion bereits vor der Geburt beginne. Der beschriebene Fall, der neben Hutchinsonschen Zähnen, Hornhauttrübung, Iritis, vor allem von den Knochen ausgehende Schwellungen und Ulcerationen der Extremitäten zeigte, war dadurch bemerkenswert, dafs er total vernachlässigt erst im 15. Lebensjahre in ärztliche Behandlung kam. Der Erfolg der kombinierten Quecksilber- und Jodkaliumbehandlung konnte nicht bis zu Ende verfolgt werden, da die Patientin schon vorher das Krankenhaus verliefs. *Levor-Hamburg.*

Über eine seltene Dystrophie der Zahnalveole infolge von hereditärer Syphilis, von M. Oro. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* Bd. XXIV.) Bei einem 14jährigen, von zweifellos syphilitischen Eltern abstammenden Knaben wurde folgender Status konstatiert: multiple, indolente Lymphdrüsenschwellungen in den verschiedensten Körpergegenden; im Munde Atrophie des oberen Alveolarrandes, Fehlen der Schneide-, Eck- und vorderen Mahlzähne, am Unterkiefer fehlen nur die Eck- und vorderen Mahlzähne; die Schneidezähne sind vorhanden, sind aber unregelmäfsig, kurz und zeigen unebene Ränder; die Molares haben ein normales Aussehen. Der linke Hoden ist atrophisch, hart, indolent bei Druck; der rechte ist doppelt so grofs wie ein normaler, unregelmäfsig, von derb elastischer Konsistenz, indolent. Der Druck auf das Sternum und die Tibiakanten wird etwas schmerzhaft empfunden. Es handelt sich also zweifellos um einen abgelaufenen gummösen Prozefs im linken Hoden und um eine floride spezifische Infiltration des rechten; was die Erscheinungen am Kieferrand und den Zähnen anbelangt, so sind es offenbar dystrophische Stigmata der Heredosyphilis, auf welche Fournier speziell hingewiesen hat. *C. Müller-Genf.*

Späterscheinungen von hereditärer Syphilis in Nase und Hals mit Anführung von Fällen, von Willis S. Anderson-Detroit. (*New York med. Journ.* 26. Juli 1902.) Syphilitische Erscheinungen an Nase und Hals sind bei der erworbenen Form der Krankheit ziemlich häufig, jedoch relativ selten bei der hereditären. Der Gaumen ist der häufigste Sitz dieser Veränderungen, ferner können Nase, Nasenrachenraum,

Mundschleimhaut, Zungenoberfläche und Kehlkopf befallen werden. Der Charakter dieser Affektionen ist ein wechselnder, stimmt aber im allgemeinen mit den Tertiärerscheinungen überein. Ulceration, diffuse Infiltration und gummöse Geschwülste werden am häufigsten getroffen, und spätere Folgen sind Verwachsungen, Narbenkontraktionen und ausgesprochene Deformitäten der betreffenden Teile. Die drei von A. beschriebenen Fälle betrafen junge Mädchen im Alter von 14, 15 und 16 Jahren, bei welchen ein Gumma im Nasenrachenraum, resp. Narbenkontraktionen am weichen Gaumen und an der Uvula, resp. ulceröses Syphilid am Septum narium vorhanden waren. Die spezifische Behandlung mit Quecksilbereinreibungen und Jodkalium erzielte vollständige Heilung; A. macht darauf aufmerksam, dafs Jodkalium in reichlichen Mengen gegeben werden mufs, aufserdem aber auch die allgemein tonischen Mittel, welche bei den meist schlecht genährten Patienten sehr wichtig sind, und die lokale Therapie nicht versäumt werden dürfen. Was den Gebrauch von Quecksilber bei solchen Fällen von Spätsyphilis betrifft, so glaubt A., dafs bei vorhandenem Gumma dasselbe (Inunktion) ebenso indiziert ist wie Jodkalium, und überhaupt viele Patienten rascher zur Heilung kommen, wenn kleine Dosen von Quecksilber in irgend einer Form noch dazugegeben werden. *Stern-München.*

Über die hereditär-syphilitischen Augenhintergrundsveränderungen, nebst einigen allgemeinen Bemerkungen über Augenerkrankungen bei angeborener Lues, von Sidler-Huguenin-Zürich. (*Beitr. z. Augenheilk.* Herausgegeben von R. Deutschmann-Hamburg. Heft 51.) Dieser stattliche Band von über 250 Seiten, welchem ein Literaturverzeichnis von 229 Arbeiten beigefügt ist, bildet jedenfalls eine sehr begrüßenswerte Bereicherung dieses von seiten der Dermatologen leider etwas vernachlässigten Gebietes. Referent mufs sich darauf beschränken, aus den, sehr anschaulich durch zwei wohlgelungene Farbentafeln ergänzten Ausführungen des Verfassers, welcher zum Teil das reiche Beobachtungsmaterial der kantonalen Universitätsaugenklinik in Zürich (Prof. Haab) mitbenutzte, das Wichtigste nur anzuführen.

Verfasser teilt die hereditär-syphilitischen Veränderungen am Augenhintergrunde in vier Typen ein, welche sich aus einem Material von 125 Beobachtungen (tabellarische Zusammenstellung), das im Alter von sieben Wochen bis zu 44 Jahre reichte, zum gröfseren Teile aber dem Lebensabschnitte von 5 bis 20 Jahren zugehörte, ergaben. Bei Typus I wird unterschieden zwischen weniger ausgesprochenen und ausgesprocheneren Formen; es ist, am hinteren Pol beginnend, eine feinfleckige, gelbrötliche Sprenkelung, welche gelblich bis graulich und mit Pigmenttüpfelung (in den ausgesprocheneren Formen) verbunden sein kann. Visus, Gesichtsfeld und Lichtsinn meist normal. Beim Typus II sind deutliche, meist peripher auftretende Pigmentherde und neben diesen gelbliche oder gelbrötliche Herde, beide fast ausschliefslich vorhanden. Gewöhnlich ist die Erkrankung doppelseitig, meist nur auf die Peripherie beschränkt, Lichtsinn und Gesichtsfeld wenig verändert. Beim Typus III ist ein Anfangs- und ein Endstadium zu unterscheiden. Beim Beginn der Erkrankung sind in der äufsersten Peripherie in kleinerer oder gröfserer Anzahl kleine, gelbrötliche, dann aber rasch immer heller werdende runde Herde; diese hellen Herde können viele Jahre ganz unverändert bleiben, in anderen Fällen fängt jedoch nach einigen Monaten eine Pigmentierung derselben an, die allmählich alle primären Herde ergreift. Auch dieser Typus kommt meist doppelseitig vor, wenn auch gewöhnlich das eine Auge stärker affiziert ist als das andere. Die Prognose ist bei den bisher beschriebenen Arten eine gute, weil der Prozefs keine Tendenz hat, immer und immer wieder aufzuflackern und sich auszubreiten. Typus IV unterscheidet sich scharf von den beiden vorhergehenden, wahrscheinlich hat man es hier mit einer allgemeinen sekundären Pigmentdegeneration zu tun; die Hauptveränderungen dieses Typus be-

stehen einerseits in einer Überpigmentierung, andererseits in einem Schwund des Pigmentepithels, welch beide Prozesse neben einander verlaufen können. Die primäre Erkrankung scheint sich auch hier in der Chorioidea abzuspielen und sekundär das Netzhautpigmentepithel zu ergreifen. Auf dem so veränderten Augenhintergrund sieht man eine Pigmentwucherung in Flecken — die beigefügten Farbentafeln geben charakteristische Bilder der verschiedenen Typen. Beim Typus IV sind, entsprechend den ophthalmoskopisch sichtbaren Veränderungen, funktionelle Störungen vorhanden: schlechter Visus, Lichtsinn vermindert, Gesichtsfeld eingeschränkt. Die Prognose ist daher viel schlechter wie bei den anderen Typen, unter den 21 Fällen des Verfassers sind jedoch keine Blinden, und die 11 Patienten im Alter von 20 bis 38 Jahren können ihrer Beschäftigung nachgehen. Auf ein und demselben Augenhintergrund können auch verschiedene Typen neben einander (Mischformen) bestehen. Atypische Fälle, wie reine Neuritis, Opticusatrophie, Gefäfserkrankungen, existieren nur fünf unter den 125 Patienten. In der zweiten Generation konnte Verfasser hereditär-luetische Funduserkrankungen nicht finden; hingegen sind deren Kinder, wie die der ersten Generation, sehr oft rhachitisch, tuberkulös oder in physischer und intellektueller Hinsicht in der Entwicklung zurückgeblieben. Neben den typischen Augenhintergrundserkrankungen kamen bei den 125 Hereditär-Luetischen noch folgende Erkrankungen vor: Keratitis interst. diffusa 74 mal, Hutchinsonsche Zähne 55 mal, schlechtes Gehör 20 mal, Rhagaden an den Mundwinkeln, Haut- und Schleimhautnarben 20 mal, Knochenauftreibungen 18 mal, Gelenkergüsse 8 mal, Sattelnase und Ozaena 17 mal u. a. m. Die Hutchinsonsche Trias war nur bei 11 Patienten zu konstatieren. In den 125 Ehen kam es zu 361 Schwangerschaften, von denen 103 mit Abort oder Fehlgeburt endeten; 73 Kinder wurden ausgetragen, starben aber bald nach der Geburt, 185 leben. In zwei Fällen hat eine Frau, die von ihrem luetisch infizierten ersten Manne syphilitische Kinder gebar, vom zweiten gesunden Manne vollständig gesunde Kinder geboren. In therapeutischer Hinsicht hebt Verfasser schliefslich hervor, dafs die ausgiebigste, antisyphilitische Behandlung bei den hereditärluetischen Augenaffektionen nicht immer den gewünschten Erfolg aufweist; neben derselben sei die roborierende Behandlung sehr empfehlenswert und ebenso wichtig.

Stern-München.

Die Nachkommenschaft der Heredosyphilitiker und der Bund gegen die Syphilis. Klinischer Vortrag von T. de Amicis. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1902.) Vortragender weist zunächst auf die Gefahren hin, welchen die Menschheit durch die luetische Infektion ausgesetzt ist, indem die Zahl derjenigen, welche infolge einer besonderen Resistenzfähigkeit ihres Organimus oder wegen eines besonders günstigen Erfolges einer rationellen Behandlung von der Krankheit vollständig geheilt wurden, eine relativ sehr kleine ist. Die Vererbung erstreckt sich bis zur dritten Generation, während die vierte als aufser Gefahr stehend betrachtet werden kann. Die Aussichten für die Nachkommenschaft der Syphilitiker sind folgende: 1. hereditäre Übertragung einer virulenten Syphilis mit der ganzen Reihe der direkten spezifischen Erscheinungen; 2. dystrophische syphilo-toxische Störungen, die sich nicht direkt auf die Wirkung des spezifischen Giftes, sondern von dessen Toxinen zurückführen lassen; 3. die Immunität. Die Beschreibung von fünf Fällen dient zur Illustration des Gesagten. Vortragender hebt dann hervor, wie bei der dritten Generation die Mortalität noch eine sehr grofse ist, und dafs die Glieder derselben besonders den Erkrankungen an Affektionen des Nervensystems (Meningitis, Konvulsionen) ausgesetzt sind, sich überhaupt als sehr empfänglich allen anderen morbiden Zuständen gegenüber erweisen. Bei ihnen findet man gewöhnlich die ganze Reihe der Encephalopathien: Epilepsie, Hystero-Epilepsie, Nervosismus, Idiotismus, ferner Ernährungsstörungen des Knochen-

systems etc. Zum Schlusse wird die Prophylaxe der Syphilis besprochen und auf die Thätigkeit der Kongresse speziell auf den Brüsseler hingewiesen.

C. Müller-Genf.

Zur Frage weiterer Mafsregeln im Kampf gegen Syphilis, von S. Elteina. (*Russki Wratsch.* 1902. No. 26 u. 27.) Angeregt durch verschiedene traurige Beispiele aus der Praxis schlägt Verfasserin in einem Vortrage, den sie auf dem VIII. Pirogowschen Kongrefs zu Moskau gehalten hat, folgende weitere Mafsregeln zur Vorbeugung der extragenitalen syphilitischen Infektion vor: 1. Der Begriff „ärztliches Geheimnis" mufs genau und streng formuliert werden, um keine verschiedenen Auslegungen zuzulassen. 2. Die Syphilis darf nicht zu denjenigen Krankheiten gerechnet werden, welche man dem Träger, gleichviel ob Mann oder Frau, verheimlichen soll. 3. Die Prophylaxe verlangt im Gegenteil, dafs der Arzt seinen Patienten unverzüglich von der Syphilis in Kenntnis setze, damit nichts versäumt werde, wodurch die Umgebung geschädigt werden könnte. 4. Der behandelnde Arzt darf daher nicht das Recht haben, aus persönlicher Rücksicht auf irgend ein Familienglied, den wahren Namen der Krankheit dem Patienten gegenüber vorzuenthalten. 5. Ein syphilitisches Kind darf unter keinen Umständen einer gesunden Amme zum Stillen übergeben werden. Handelt der Arzt dagegen, so mufs er auch die Sorge um das weitere Geschick der Amme übernehmen. 6. Das Ammenvermittlungsinstitut, welches nichts zur Verhütung einer syphilitischen Infektion der von ihr empfohlenen Amme tut, mufs, gleich der Familie, wo die Infektion erfolgt, die Verantwortung übernehmen und eine materielle Entschädigung der Amme während der Krankheit darbieten. 7. Das Ammeninstitut mufs Beziehung zu den Gebärasylen haben, um, wo solches verlangt wird, syphilitische Ammen zur Verfügung stellen zu können. 8. Die Kinderasyle müssen aufser Kinderärzten auch Syphilidologen als Konsultanten haben, um in zweifelhaften Fällen sich an diese wenden zu können, und sie müssen syphilitisch verdächtige Kinder rechtzeitig von den gesunden trennen. 9. Kinderasyle, welche dagegen handeln, müfsten verpflichtet werden, für das weitere Schicksal der bei ihnen infizierten Kinder Sorge zu tragen. 10. Zur Vorbeugung der Infektion durch syphilitische Kinder müfste in Petersburg ein spezielles Asyl für syphilitische Kinder gegründet werden.

Arth. Jordan-Moskau.

Verschiedenes.

V. internationaler Dermatologen-Kongrefs Berlin 1904. Für den vom 13. bis 17. September 1904 zu Berlin stattfindenden V. internationalen Dermatologen-Kongrefs sind von seiten des Organisationskomitees folgende drei Themata aufgestellt worden: 1. Die syphilitischen Erkrankungen des Zirkulationsapparates. 2. Die Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien. 3. Die Epitheliome und ihre Behandlung.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Anfang März hat sich in **Hamburg** eine Ortsgruppe gebildet. Der vorbereitende Ausschufs wurde mit Weiterführung der Geschäfte betraut. Ihm gehören u. a. an die Herren Drs. Arning, Westberg, Oberarzt Rumpel und Werner. Auch in **Bremen** ist eine Ortsgruppe obiger Gesellschaft am 6. Februar d. J. gegründet worden. Vorsitzender Dr. Kottmeyer.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 36. No. 9. 1. Mai 1903.

Aus dem Mjafsnitzki-Krankenhaus in Moskau.

Zur vererbten Immunität gegen Syphilis und über das sogenannte Gesetz von PROFETA.

Von

Priv.-Doz. Dr. M. TSCHLENOW.

Eine der interessantesten und bedeutungsvollsten Fragen aus dem Gebiet der hereditären Syphilis ist diejenige über die vererbte Immunität gegen Syphilis. Bekanntlich ist unter den Syphilidologen die Ansicht vertreten, dafs die Kinder syphilitischer Eltern in der gröfseren Mehrzahl der Fälle, für eine gewisse Zeit wenigstens, eine Immunität gegenüber einer syphilitischen Infektion erben, was mit dem Namen „PROFETAsches Gesetz" bezeichnet wird. Dieses Faktum wurde eigentlich zuerst von BEHREND[1] im Jahre 1860 gefunden, aber von PROFETA[2] im Jahre 1865 genauer und zwar folgendermafsen formuliert: Wenn eine syphilitische Mutter, die vor der Konzeption oder nach derselben infiziert wurde, ein gesundes Kind zur Welt gebracht hat, so kann sie es stillen, pflegen und küssen, ohne Gefahr dasselbe anzustecken, selbst wenn sie an den Brustwarzen oder an den Lippen kontagiös syphilitische Erscheinungen aufweist. Dieses Gesetz wurde sodann unter dem Namen „PROFETAsches Gesetz" von DIDAY, FOURNIER, MAURIAC, BÄUMLER, HUTCHINSON, KASSOWITZ und andern angenommen und später dahin erweitert, dafs die Immunität auch vom syphilitischen Vater, wie auch von der Mutter, welche an tertiärer oder „gewesener" Syphilis leidet, übertragen werden kann. Demnach erhielt das Gesetz von PROFETA eine sehr weite Ausdehnung und einige Gelehrte (FERGUSSON, LEE, NEISSER, LESSER und andere) dachten bereits an eine Abschwächung der Syphilis durch eine solche erblich überkommene Immunität gegenüber einer neuen Infektion. Infolge dieser Voraussetzung und ferner auf Grund der Annahme, dafs die Syphilis sich nicht wiederhole (Gesetz von RICORD, welches jetzt auch umgestofsen ist), schlug

[1] *Syphilidologie.* 1860. Bd. II.

[2] Sulla sifilide per Allatamento. *Lo sperimentale Firenze.* 1865. Bd. XV.

AUZIAS TURENNE sogar seinerzeit vor, zu diesem Zweck alle Prostituierten, Seeleute und Soldaten, als Hauptverbreiter der Syphilis, zu syphilisieren. Leider aber ist durch zahlreiche, spätere Beobachtungen die Unfehlbarkeit des PROFETAschen Gesetzes widerlegt worden und die letzten Untersuchungen von Prof. TARNOWSKY hinsichtlich der „binaren Syphilis" (d. h. der Syphilis von Kindern eines syphilitischen Vaters oder einer syphilitischen Mutter, welche zwar keine Zeichen hereditärer Syphilis, wohl aber verschiedene Dystrophien, d. h. sogenannte parahereditär-syphilitische Erscheinungen aufweisen) sprechen sogar für einen besonders verderblichen Einfluſs der acquirierten Syphilis der Kinder von Syphilitikern (d. h. „der zweiten Generation der Syphilitiker") auf ihre Nachkommenschaft (doppelt so groſse Anzahl von Aborten, Totgeburten und Verstorbenen in den ersten Lebensjahren und ungleich schwerere Dystrophien). Da aber die binare Syphilis, bei den Lebensbedingungen des russischen Volkes, in den Dörfern viel häufiger, als in den Städten angetroffen wird (9% im Verhältnis zu den lebend geborenen Vertretern der zweiten Generation), so kann ein so unverhältnismäſsig gesteigerter schädlicher Einfluſs auf die Nachkommenschaft der Syphilitiker zu guterletzt zum völligen Aussterben der Ortsbevölkerung führen.

Ohne aber diese Frage zu berühren, welche zu ihrer Nachprüfung eine jahrelange, groſse Hospital- und Privatpraxis erfordert, will ich nur bei dem PROFETAschen Gesetz und der damit eng verbundenen Frage von der Vererbung einer Immunität gegen Syphilis überhaupt stehen bleiben.

Was das PROFETAsche Gesetz anbetrifft, so bilden die wertvollsten Arbeiten auf diesem Gebiet, auſser denen von PROFETA selbst,[3] diejenigen von DÜRING[4], CASPARY[5], FINGER[6], OGILVIE[7], BRÜGGEMANN[8], GLÜCK[9]

---

[3] a) l. c.

b) Trattato Pratico delle Malattie Veneree. 1888. Palermo.

c) Variazoni su motive di sifilide congenita e per allatamento. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* 1600. Bd. II.

[4] a) Über einige Fragen aus der Lehre von der Vererbung der Syphilis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1895. Bd. XX.

b) Weitere Beiträge zur Lehre von der hereditären Syphilis. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 13.

[5] Zur Genese der hereditären Syphilis. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1896. Bd. XXXIV. Heft 3.

[6] a) Die Syphilis als Infektionskrankheit vom Standpunkt der modernen Bakteriologie. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1900. Bd. XXII.

b) Über die vererbte Syphilis. Aus dem Deutschen ins Russische übersetzt. unter Redaktion von Dr. KRUSCHEL-Charkow.

[7] Congenital immunity to syphilis and the so called „law of Profeta". *British Journ. of Dermat.* 1899. No. 2—3.

[8] Zum PROFETAschen Gesetz. *Dermat. Centralbl.* 1899.

[9] Über das sogenannte PROFETAsche Gesetz. *Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 9.

und die eng sich an diese Frage anlehnenden, obenerwähnten Arbeiten von Prof. TARNOWSKY[10] über die binare Syphilis.

FINGER formuliert in seiner Arbeit über die vererbte Syphilis, welche neben den Arbeiten von KASSOWITZ[11], FOURNIER[12] und HOCHSINGER[13] als eine der besten auf diesem Gebiet zu nennen ist, das PROFETAsche Gesetz in folgender Weise:

Ein bestimmter Teil der Kinder von Syphilitischen, sagt er, wird gesund geboren, was sowohl bei manifestierter Syphilis vorkommt, als auch in dem Falle, wenn die Mutter allein infiziert wird und dazu nach der Konzeption. Diese Immunität kann auf zweierlei Art vor sich gehen: entweder wird sie dem Fötus direkt durch die Ei- oder Samenzelle übertragen, wenn der Vater oder die Mutter zurzeit der Konzeption alte Syphilitiker sind und ihre Gewebe infolge des ablaufenden oder abgelaufenen syphilitischen Prozesses für das Virus unempfänglich geworden sind (das ist die wirkliche, vererbte Immunität); oder aber die Toxine können der Frucht durch die Placenta zugeführt werden, wenn die Mutter vor der Konzeption oder nach derselben infiziert wurde (das ist die intrauterine, erworbene Immunität). Hierbei kann die Immunität sowohl vom Vater erworben werden (FINGER führt einen Fall an, wo einer von seinen Schulkameraden, Sohn eines Syphilitikers, ungestraft mit notorischen Luetikerinnen, von welchen andere Kameraden sich mit Syphilis infizierten, verkehrte), als auch von der Mutter (FINGER erwähnt den KÖBNERschen Fall und sieben Fälle von BAERENSPRUNG, wo Mütter, die während der Schwangerschaft syphilitisch infiziert worden waren, später ihre eigenen, gesunden Kinder nicht infizierten, obgleich sie dieselben stillten).

Trotzdem führt FINGER auch eine ganze Reihe von Ausnahmen (21) vom PROFETAschen Gesetz an, welche ich, infolge ihres grofsen Interesses, ganz kurz rekapituliere.

Die Fälle von BEHREND (1851). Zwei Fälle von syphilitischer Infektion der Kinder durch die syphilitischen Mütter mit kontagiösen Formen an den Geschlechtsteilen, während der Geburt.

Der Fall von MIREUR (1867). N. infizierte sich im Januar 1863 und heiratete bald darauf. Die Frau desselben wurde im Oktober 1864 gravid

---

[10] a) Die atypischen Formen der Syphilis. *Russ. Journ. f. Haut- u. vener. Krankh.* 1901. No. 1.

b) Die syphilitische Familie und ihre absteigende Generation. Ibidem. 1901. No. 11 u. 12 und 1902. No. 1, 2 u. 3.

c) Die verdoppelte Syphilis und syphilitische Vererbung. *Praktischeski Wratsch.* 1902. No. 1 u. 2.

[11] Die Vererbung der Syphilis. Wien 1876.

[12] L'heredité syphilitique. 1891. Syphilis hereditaire tardive.

[13] Studien über die hereditäre Syphilis.

und gebar, selbst gesund bleibend, einen gesunden Knaben, welcher im Jahre 1866 von seinem Vater durch Kuſs infiziert wurde (Sklerose der Lippe, sekundäre Erscheinungen).

Der Fall von Boeck. Eine Frau von 47 Jahren, welche in ihrem zehnten Lebensjahre wegen kondylomatöser Syphilis behandelt worden war und in der Folge zwei Rückfälle tertiärer Syphilis hatte, gebar fünf Kinder; das erste starb nach zwei Jahren, das zweite, dritte und vierte wurden gesund geboren (1862, 1863 und 1865) und wurden darauf alle drei von der Bedienung infiziert; im Jahre 1866 aber gebar die Mutter ein Kind mit Erscheinungen hereditärer Syphilis.

Der Fall von Obtulowicz. Eine Frau wurde im achten Monat der Schwangerschaft syphilitisch infiziert und gebar ein gesundes Kind, welches sie im ersten Monat nach der Geburt (die Mutter hatte ein Rezidiv in Gestalt von Papeln im Munde) syphilitisch infizierte.

Der Fall von Weil. Eine Frau mit Papeln an den Geschlechtsteilen gebar ein Kind, bei dem vier Wochen nach der Geburt eine Sklerose an der Nasenwurzel und darauf in der elften Woche nach der Geburt — sekundäre Erscheinungen auftraten.

Der Fall von Grünfeld. Eine Frau, welche sich in der Mitte der Schwangerschaft infiziert hatte und zurzeit der Geburt Papeln an den Geschlechtsteilen aufwies, gebar ein Kind, bei dem in der achten Woche nach der Geburt eine Sklerose des behaarten Kopfes und darauf — sekundäre Erscheinungen auftraten.

Die Fälle von Laurent und Thiry. Zwei Fälle von Infektion der Kinder durch die syphilitischen Mütter (mit Papeln an den Geschlechtsteilen), während der Geburt.

Der Fall von Arning. Eine Frau, die sich im vierten Monat der Gravidität infiziert hatte, gebar ein gesundes Kind, welches sie selbst stillte und bei dem sich sechs Wochen nach der Geburt eine Sklerose der oberen Lippe und zwei Monate später allgemeine Erscheinungen entwickelten.

Der Fall von Neumann. Eine Frau, die sich im siebenten Monat der Schwangerschaft syphilitisch infiziert hatte, gebar einen gesunden Knaben, bei dem sieben Wochen nach der Geburt eine Sklerose am Nabel (wahrscheinlich infiziert von den nässenden Papeln an den Geschlechtsteilen der Mutter) und darauf sekundäre Erscheinungen auftraten.

Der Fall von Barthélemy. Von einem syphilitischen Vater (die Mutter blieb dauernd gesund) wurde ein Sohn gezeugt, welcher in seinem 20. Lebensjahre sehr schwere Syphilis acquirierte.

Der Fall von Harding. Eine Frau, die sich während der Konzeption syphilitisch infiziert hatte, gebar ein gesundes Kind, welches sie drei Jahre nach der Geburt (bei der Mutter war ein Rezidiv in Gestalt eines pustu-

lösen Syphilids) syphilitisch infizierte. (Sklerose der rechten Hand an der Stelle einer Hautritzung mit einer Nähnadel und sekundäre Erscheinungen.)

Die Fälle von Düring. Zwei Fälle von syphilitischer Infektion zweier Brüder (28 und 32 Jahre alt), deren Vater vor 40 Jahren sich syphilitisch infiziert hatte und unlängst wegen guinöser Syphilis behandelt worden war. 3. Beim Vater und bei der Mutter finden sich serpiginöse Syphilide auf der Brust; beide ältesten Söhne (20 und 17 Jahre alt) bieten tertiäre Erscheinungen dar, bei der dreijährigen jüngeren Tochter finden sich Papeln im Munde (Infektion durch Kuſs) und am After. 4. Beim Vater — tertiäre Lues, bei der 15 jährigen Tochter — papulöses Syphilid der Haut, papulöse Angina. 5. Beim Vater — tertiäre Syphilis, beim 20jährigen Sohn — Sklerose des Gliedes und sekundäre Erscheinungen 6. Vater und Mutter syphilitisch; beim siebenjährigen Sohn — ein frischer papulöser Ausschlag, Papeln des Mundes und am After.

Finger hat demnach im allgemeinen 21 Abweichungen vom Profetaschen Gesetz erbracht, wobei diese Fälle aber ihrem Charakter nach sehr verschiedenartig sind, und Väter wie Mütter betreffen mit Erscheinungen sekundärer, als auch tertiärer oder gar okkulter Syphilis. In Anbetracht einer so weiten Ausdehnung des Profetaschen Gesetzes, mit bedeutender Abweichung von der ursprünglichen, von Profeta selbst gegebenen Beschreibung und in Anbetracht einer groſsen Menge neuer verschiedenartiger, sehr interessanter Beobachtungen auf diesem Gebiet, verlangt dieses Gesetz jetzt eine vollständige Durchsicht. Eine solche wurde auch unlängst (im Jahre 1899) von Ogilvie vorgenommen, dessen interessante Arbeit indessen viele strittige Punkte enthält, weshalb ich bei derselben näher stehen bleiben und neue Beobachtungen, darunter auch zwei eigene auf diesem Gebiete, hinzufügen will, von denen die eine, hinsichtlich des klinischen Befundes und der besonderen Beobachtungsbedingungen (Sektion, histologische Untersuchung), ein besonderes Interesse beansprucht.

Was vor allem die vom Vater vererbte Immunität anbetrifft, so verneint Ogilvie dieselbe vollkommen und bemerkt, daſs in der Mehrzahl ähnlicher Fälle die Anamnese sowohl hinsichtlich der Eltern als auch hinsichtlich des Kranken selbst unbekannt bleibt. Als Beleg führt er dabei eine ganze Reihe von Fällen an, wo sowohl der Vater, als der Sohn an erworbener Syphilis litten (Hutten, Mireur, Barthélemy, Esow, Erb, Goldflam, Paul, Düring, Pileur, Thibièrge, aber auch zwei eigene Fälle) und ferner Fälle, wo die Söhne auſserdem noch „parasyphilitische" Erscheinungen aufwiesen, die sie vom Vater ererbt hatten (E. Fournier, W. Tarnowsky). Hinsichtlich des oben erwähnten Falles von Finger zieht er einerseits den Fall von Barthélemy (ein von gesunden Eltern geborenes Kind wurde nicht infiziert von der Amme mit typischem Schanker auf der Brust) und andererseits den Fall von Blondel heran (ein 20jähriger

Mann, welcher im Laufe eines Monats fast täglich mit einer notorisch syphilitischen Person Verkehr hatte, infizierte sich nicht bei ihr, wohl aber acht Jahre später bei einer anderen Person) und bemerkt, daſs möglicherweise auch im FINGERschen Fall der Kranke später der syphilitischen Infektion nicht entronnen wäre. Infolgedessen nimmt OGILVIE an, daſs die Kinder eines syphilitischen Vaters, der sich vor oder während der Zeugung infiziert hatte, bereits zwei Jahre nach der Geburt (Fall von MIREUR) von neuem Syphilis acquirieren können, die bald leichter, bald schwerer als die väterliche Syphilis auftritt, so daſs letztere weder einen schützenden (FINGER), noch abschwächenden (PAUL) Einfluſs auf die Syphilis der Kinder ausübt. Mit einem Wort, der ganze Teil des PROFETAschen Gesetzes, welcher sich auf die väterliche Syphilis bezieht, ist seiner Ansicht nach ein theoretischer Irrtum.

Nach OGILVIE vertrat auch BRÜGGEMANN, auf Grund eines Falles, die Ansicht, daſs es nötig sei, den Teil des PROFETAschen Gesetzes, welcher sich auf die väterliche Syphilis beziehe, zu streichen. Hiermit kann man sich aber durchaus nicht bedingungslos einverstanden erklären. Zweifellos ist die Syphilis des Vaters für die Vererbung einer Immunität von viel geringerer Bedeutung, als die Syphilis der Mutter, und dasselbe gilt auch für die Vererbung der Syphilis selbst, woher es, nach den Beobachtungen von Prof. TARNOWSKY und der von ihm gesammelten Statistik der „binaren" Syphilis auch so viele Ausnahmen dieser Art gibt. Trotzdem zeigt der FINGERsche Fall und ebenso derjenige von TARNOWSKY (die Tochter eines syphilitischen Vaters heiratete einen Mann mit kondylomatöser Syphilis, von dem sie aber trotz ehelichen Verkehrs nicht angesteckt wurde), daſs auch ein syphilitischer Vater seinen Kindern eine Immunität gegen Syphilis vererben kann. Die Bemerkung von OGILVIE, daſs der Patient von FINGER (und folglich auch die Kranke von TARNOWSKY) sich in der Folge syphilitisch hätte infizieren können und daſs wir in solchen Fällen keine sichere Anamnese über die Eltern der Kranken, wie über diese selbst haben, beweist in Wahrheit nichts und widerlegt auch nichts. Und wenn auch in Wirklichkeit die Frage von der Übertragung der Immunität durch den syphilitischen Vater auf seine Kinder noch wenig untersucht ist, muſs sie dennoch theoretisch, nach Analogie mit der sicher bewiesenen Übertragungsmöglichkeit hereditärer Syphilis vom Vater auf die Kinder in positivem Sinne entschieden werden, freilich mit der Einschränkung, daſs die väterliche Syphilis in dieser Hinsicht einen weit geringeren Einfluſs ausübt, als die mütterliche und daſs diese Immunität in der groſsen Mehrzahl der Fälle nur eine zeitweilige ist und bereits in sehr kurzer Zeit verloren gehen kann (der Fall von MIREUR — zwei Jahre nach der Geburt).

Was die mütterliche Syphilis anbetrifft, so unterscheidet OGILVIE vor allem die kondylomatöse Syphilis der Mutter streng von der tertiären oder

gewesenen Syphilis derselben. Nur die erste hat seiner Ansicht nach eine direkte Beziehung zum Gesetz von PROFETA, die beiden anderen Formen müssen von demselben vollständig ausgeschlossen werden.

Wenn man die verschiedenen Theorien über die tertiäre Syphilis durchsieht (NEISSER, JADASSOHN — geringe Anzahl der Bakterien, KLOTZ — in ihrer Virulenz abgeschwächte Bakterien, FINGER, DÜRING — Toxine) und sich der KLOTZschen Theorie anschliefst, so gibt es, nach OGILVIE, nichts, was dafür spricht, dafs die von einer syphilitischen Mutter, welche das kontagiöse Stadium bereits überwunden hat, geborenen Kinder von ihr eine Immunität gegenüber Syphilis erben. Scheinbar derartige Fälle erklärt er mit „Unregelmäfsigkeiten hinsichtlich der Infektion mit Syphilis" („irrégularités de la contagiosité syphilitique" — BARTHÉLEMY). Im Hinblick hierauf schliefst er den Fall BOECK aus der FINGERschen Statistik aus und läfst derselben nur diejenigen Fälle, wo es sich um Mütter mit „infektiösen" Erscheinungen der Syphilis handelt.

Mit dieser Anschauung OGILVIES kann man sich indessen theoretisch auch nicht einverstanden erklären, geschweige, dafs die KLOTZsche Theorie über die Pathogenese der tertiären Syphilis, welcher sich OGILVIE anschliefst, wie NEISSER auf dem V. Deutschen Dermatologenkongrefs richtig hervorhob, noch völlig unbewiesen erscheint, ist es noch sehr zweifelhaft, ob die tertiäre Syphilis nicht ansteckt und erblich nicht übertragen werden kann. Als wenigstens EHLERS im Jahre 1894 auf dem internationalen Kongrefs in Rom sich dahin aussprach, dafs die „Nichtinfektiosität der tertiären Syphilis so gut wie als Dogma anzusehen sei", entgegnete NEISSER[14], dafs er wenigstens „niemals ein solches Dogma anerkannt hat". Hinsichtlich der erblichen Nichtübertragbarkeit der tertiären Syphilis bemerkt FOURNIER[14], dafs er sich gar nicht erklären kann, „wie die, zweifellos sehr verbreitete Irrlehre, dafs eine erbliche Übertragung der Syphilis in der tertiären Periode unmöglich sei", Vertrauen gewinnen konnte. Demnach ist theoretisch die Möglichkeit einer auf die Kinder vererbten Immunität gegen Syphilis durch eine tertiäre oder gewesene Syphilitikerin (oder auch einen Syphilitiker) keinesfalls widerlegt und die Behauptung von OGILVIE, „es gäbe keine Beweise, dafs die tertiäre oder gewesene Syphilis der Mutter bei den Kindern eine Immunität gegenüber Syphilis bedingen könne" — mufs noch als eine offene angesehen werden.

Nichtsdestoweniger unterliegt es keinem Zweifel, dafs im Sinne der Übertragung der ererbten Immunität gegenüber Syphilis die tertiäre und „gewesene" Lues eine viel geringere Rolle spielen, als die kondylomatöse. Das wird auch vollständig bestätigt durch die Statistik von Prof. TARNOWSKY über die Frage der „binaren" Syphilis, deren gröfserer Teil sich

[14] Citiert nach *Eulenburgs Encyklopädie.*

gerade auf Fälle dieser Art bezieht. In der Tat muſs auch vermutet werden, daſs die von Eltern mit tertiärer oder „gewesener" Syphilis geborenen Kinder, falls sie eine Immunität gegenüber Syphilis erben, dieselbe in der Majorität der Fälle sehr rasch verlieren. TARNOWSKY glaubt, daſs sie dieselbe in der Kindheit oder meistenteils zurzeit der Pubertät verlieren und bezweifelt solche Fälle, wie denjenigen von MIREUR (Infektion zwei Jahre nach der Geburt) und von BOECK (Infektion ein Jahr nach der Geburt).

Ich habe indes in der letzten Zeit Gelegenheit gehabt, zwei Fälle zu beobachten, wo die Infektion der Kinder (in dem einen Fall war die Mutter tertiär syphilitisch, in dem anderen hatte die Mutter früher Syphilis gehabt) fünf Jahre resp. zwei bis drei Monate nach der Geburt stattfand.

I. E. P., 32 Jahre alt, trat am 29. Dezember 1901 in das Mjaſsnitzki-Krankenhaus ein. Hinsichtlich der Vererbung ist nichts Besonderes zu verzeichnen. Seit zehn Jahren verheiratet. Der Mann, ein Käsemacher, hat keine Syphilis gehabt. Von sieben Kindern ist nur eins am Leben geblieben; die übrigen Kinder waren unausgetragen oder Aborte (das erste im neunten Monat, das zweite im zweiten, das dritte im zweiten, das vierte im neunten, das sechste im neunten und das siebente im sechsten Monat). Der Arzt, welcher einige Male bei Frau P. empfing, führte die Aborte auf Syphilis zurück. Auf der Haut der linken Hand, auf der Brust und auf dem rechten Fuſs finden sich ausgebreitete Herde tuberkulöser Syphilis (seit dem April 1901). Auf der Haut des Leibes und des Rückens sieht man eine Menge von Narben an den Stellen gewesener (gummöser) Geschwüre. Im übrigen sind keine Veränderungen zu konstatieren. Unter kombinierter Behandlung (Injektionen von salicylsaurem Hg und Jodkalium in steigender Dosis) kam es zu schneller Heilung.

Krankheitsgeschichte der Tochter. Die fünfjährige Tochter ist seit zwei Wochen krank. Mitte September brachte die Mutter sie zum Besuch zu ihrer Schwester aufs Land und kehrte selbst zurück. Mitte Oktober infizierte sich diese Schwester mit Lues und steckte ihrerseits ihre zwei Kinder und ihre Nichte an (ungeachtet ihrer Krankheit badete sie nämlich selbst die Kinder, küſste sie, aſs mit ihnen aus einer Schüssel u. s. w.). Auf der Schleimhaut der unteren Lippe sieht man bei der Kleinen einige charakteristische Papeln. (Die Kranke wurde von mir dem älteren Arzt des Hospitals, Dr. KRASSNOGLASOW, und dem Kollegen Dr. USTINOW, gezeigt.) Die submaxillaren wie sublingualen und auch die Drüsen am Halse sind vergröſsert. Sonst lieſs sich nichts konstatieren. Es wurden Hg-Einreibungen ordiniert. Die Heilung ging rasch vor sich.

Es handelt sich demnach hier um einen Fall von extragenitaler Infektion der Tochter einer tertiär syphilitischen Person, fünf Jahre nach ihrer Geburt. Dieser Fall zeichnete sich durch einen sehr gutartigen

Verlauf aus, was von einigen Autoren als charakteristisch für die erworbene Syphilis der zweiten Generation angesehen wird. Die Beobachtungen anderer Autoren widersprechen indessen letzterer Annahme. Nach TARNOWSKYS Beobachtungen über die „binare" Syphilis zeigt es sich, daſs sie sich in vielen Fällen gar nicht von der gewöhnlichen Syphilis unterscheidet und nur in einigen Fällen gewisse Abweichungen von der Norm darbietet, deren man drei Typen unterscheiden kann, nämlich: die sogenannte abortive, die leichte und die im eigentlichen Sinne des Wortes atypische Syphilis.

II. D. K., 36 Jahre alt, Köchin, trat am 3. März 1902 ein. Vor 18 Jahren hat sie geheiratet, vor zehn Jahren steckte sie der Mann syphilitisch an. Bald darauf trat sie in nähere Beziehung zu einem anderen und infizierte diesen, ihren Liebhaber. Sie hat sechs Kinder geboren, das erste, von ihrem Manne, lebte zwei Jahre, und fünf vom Liebhaber, von denen das erste acht Monate, das zweite drei, das dritte ein Jahr lebte, das vierte war ein Abort im vierten Monat und das fünfte ist das Mädchen, welches uns interessiert. Die Kranke hat sich energisch antisyphilitisch behandeln lassen (fünfmal hat sie Hg- und zweimal Jodkaliumkuren durchgemacht). Augenblicklich finden sich bei ihr gar keine sichtbaren Zeichen von Syphilis.

Die Tochter ist fünf Monate alt, von denen sie zwei bei der Mutter und die letzten drei im Dorf zugebracht hat, wohin sie die Mutter in Kost gegeben hat. Vor zwei Wochen erkrankte sie an einem Ausschlag. Auf der Schleimhaut der Unterlippe sitzt ein Ulcus, von der Gröſse eines Zehnkopekenstücks, dessen Grund ziemlich hart ist. Die submaxillaren Drüsen und die Halsdrüsen sind vergröſsert, die übrigen nicht. Auf Bauch, Brust, Rücken und Extremitäten findet sich ein reichlich ausgebreitetes, papulöses Exanthem. Auf der Schleimhaut des Mundes finden sich syphilitische Papeln. Angina papulosa. Am After sieht man gleichfalls Papeln. (Die Kranke wurde den Kollegen KRASSNOGLASOW und USTINOW demonstriert.) Es wurde Kalomel innerlich und die entsprechende lokale Behandlung ordiniert. Die syphilitischen Erscheinungen begannen zu schwinden, aber es entwickelte sich bei der Kranken eine katarrhalische Lungenentzündung, an der sie am 22. März starb. Bei der von Dr. SPIRIDONOW ausgeführten Sektion fanden sich keine deutlichen, der hereditären Syphilis eigenen Veränderungen. Die von mir vorgenommenen histologische Untersuchung der Leber, der Nieren, der Milz, des Herzens, der Lungen und der Thyreoiden ergab auch kein Vorhandensein derselben.

Es bietet demnach dieser Krankheitsfall das unzweifelhafte Bild einer extragenitalen Infektion eines Kindes, welches von einer Mutter mit „gewesener" Syphilis geboren wurde und sich im zweiten bis dritten Monat nach der Geburt luetisch infizierte.

Diese Kranke habe ich mit der gröfstmöglichen Genauigkeit untersucht, aber, im allgemeinen bemerkt, können solche Fälle zuweilen sehr grofse diagnostische Schwierigkeiten darbieten, da man beim Zusammenfallen der Erkrankung der Mutter und des Kindes bei letzterem stets zunächst eine hereditäre Syphilis vermuten mufs. Der Primäraffekt selbst hat bei solchen Kindern, wie Ogilvie richtig bemerkt, sozusagen einen mehr ephemeren Charakter, als bei Erwachsenen und verschwindet oft, ohne die geringste Spur zu hinterlassen oder findet sich nicht selten an einer solchen Stelle, wo er leicht für eine Erscheinung sekundärer Natur gehalten werden kann. Was die allgemeinen Erscheinungen anbetrifft, so spielt unter diesen die Hauptrolle der Pemphigus, aber nur bis zum dritten Lebensmonat, später kann bei Kindern die Unterscheidung der hereditären Syphilis von der erworbenen grofse Schwierigkeiten machen. Auch die Sektion ergibt nicht selten gar keine merklichen Resultate. So secierte Barthélemy[15] 27 syphilitische Neugeborene und konnte zwar teilweise bei denselben hierauf bezügliche, zur Erklärung der Todesursache aber nicht genügende Veränderungen finden, teilweise, nämlich in 14 Fällen, gar keine Veränderungen der Organe entdecken.

Dasselbe sagt auch Fournier. Endlich ist ferner das histologische Bild der hereditären Syphilis bisher noch sehr wenig bearbeitet worden,[16] so dafs die Diagnose in jedem derartigen Fall mit grofser Vorsicht gestellt werden mufs. In meinem Fall aber spricht sowohl der klinische, als auch pathologisch-anatomische Befund voll und ganz für eine erworbene Syphilis und erhebt diese Diagnose über jeden Zweifel.

Meine beiden Fälle repräsentieren demnach Fälle unzweifelhafter acquirierter Lues bei Kindern, von denen das eine von einer Mutter mit tertiärer Lues, das andere von einer Mutter mit gewesener Lues abstammte. Hierbei fand die Infektion sehr bald nach der Geburt statt (das eine Mal nach fünf Jahren, das andere Mal gar nach zwei bis drei Monaten), so dafs diese Fälle, zusammen mit anderen literarischen Angaben, zu Gunsten der Annahme sprechen, dafs in der gröfseren Majorität solcher Fälle die vererbte Immunität gegen Syphilis gewöhnlich einige Zeit nach der Geburt (zuweilen sehr bald) verloren geht, worauf diese Kinder von neuem syphilitisch infiziert werden können. Ungeachtet dessen kann ich theoretisch durchaus nicht mit Ogilvie übereinstimmen, dafs in solchen Fällen gar keine vererbte Immunität existiert und erachte diese Frage noch für eine offene, die weiterer Bearbeitung bedarf.

Ich gehe jetzt über zur kondylomatösen Syphilis der Mutter. Ogilvie

---

[15] Citiert nach *Eulenburgs encyklopädischem Wörterbuch.*

[16] Interessenten verweise ich auf die vorzügliche Arbeit von Hochsinger über die hereditäre Syphilis.

bemerkt vor allem bei Besprechung der diesbezüglichen FINGERschen Statistik, daſs die positiven Fälle derselben (einer von KÖBNER, sieben von BÄRENSPRUNG) bei genauerer Prüfung nur auf zwei bezogen werden können und was die von FINGER angeführten Ausnahmen vom PROFETAschen Gesetz anbetrifft, so handelt es sich in den beiden Fällen von BEHREND und in dem Fall von THIRY (die von FINGER erwähnten zwei Fälle von THIRY und LAURENT erweisen sich in der Tat als ein und derselbe) um unzweifelhafte hereditäre Syphilis. Es bleiben demnach nur sechs Fälle (von OBTULOWICZ, WEIL, GRÜNFELD, ARNING, NEUMANN und HARDING), zu denen OGILVIE noch drei, von FINGER nicht erwähnte hinzufügt (von GIBERT, BÄRENSPRUNG und POLLIZARI). Von diesen neun Fällen beziehen sich bei näherer Prüfung acht auf eine postkonzeptionell erworbene Syphilis der Mutter, wobei die Infektion der Kinder nicht später als ein Jahr nach Infektion der Mutter stattfand. Hängt das nun von der Zeit oder der Behandlung oder von beiden zusammen ab, ist unbekannt. Was nun die präkonzeptionelle Syphilis anbelangt, so weist OGILVIE, bei Berücksichtigung der langen Dauer des kontagiösen Stadiums (nach HUTCHINSON von sechs bis neun Monaten und nicht länger als zwei Jahre) ihr eine viel geringere Bedeutung zu. Im allgemeinen leugnet OLGIVIE nicht die Möglichkeit der Übertragung einer gewissen Immunität für eine Zeitlang auf die Kinder durch Mütter, welche sich im infektiösen Stadium der Krankheit befinden. Dieses bloſs hält er für das PROFETAsche Gesetz, welches er aber nicht als „Gesetz“, sondern nur als Theorie bezeichnet. Was die Ansteckungsmöglichkeit der Kinder durch ihre eigenen syphilitischen Mütter nach der Geburt anbetrifft, so geschieht das unzweifelhaft bei einer postkonzeptionellen Syphilis der Mutter; ob es aber auch bei der präkonzeptionellen Syphilis derselben vorkommt, ist unbekannt. Hinsichtlich des letzteren Punktes kommen zwei Umstände in Betracht: 1. es ist sehr selten, daſs Mütter, welche mit präkonzeptioneller Syphilis behaftet sind und gesunde Kinder geboren haben, nach der Geburt noch solche kontagiöse Erscheinungen aufweisen, die das Kind anstecken könnten; 2. es ist sehr selten, daſs eine Infektion des Kindes durch das Stillen noch ein Jahr nach der Infektion der Mutter stattfinden könnte. Hinsichtlich der postkonzeptionellen Syphilis der Mutter sind zwei andere Umstände von Bedeutung: 1. die postkonzeptionelle Syphilis der Mutter wird überhaupt verhältnismäſsig selten beobachtet und 2. die nach dem zweiten Lebensmonat erworbene Syphilis des Kindes kann leicht verwechselt werden mit der hereditären. Diese Umstände können, in Verbindung mit rechtzeitiger, zweckentsprechender Behandlung, nach Ansicht OGILVIES, die scheinbare Immunität des Kindes für die Syphilis der Mutter erklären.

Diese Arbeit von OGILVIE fand aber ebenso wie seine anderen Arbeiten

(über das Collessche Gesetz und über die Übertragung der Syphilis der dritten Generation) eine scharfe Kritik durch Profeta selbst, der in einem besonderen Artikel (im *Giornale italiano* im Jahre 1900) verschiedene Ungenauigkeiten der Ogilvieschen Arbeiten nachwies und einen neuen Fall beschrieb, der die Richtigkeit seines Gesetzes beweist.

Das Kind einer syphilitischen Mutter wurde ganz gesund geboren. Wegen Phlegmone beider Brüste der Mutter übernahm es deren Schwester, die aber an recenter Syphilis litt und an beiden Brustwarzen nässende Papeln aufwies, das Kind zu stillen. Ungeachtet dessen wurde jedoch letzteres nicht infiziert.

Im Jahre 1902 erschien die Glücksche Arbeit, welche das Profetasche Gesetz vollständig negiert. Glück bemerkt, daſs es, in der Majorität der Fälle, bei recenter, selbst postkonzeptioneller Syphilis der Mutter zu Aborten oder zur Geburt von Kindern mit hereditär syphilitischen Erscheinungen kommt und daſs nur selten gesunde Kinder geboren werden, wobei es sehr selten gelingt, die Richtigkeit des Profetaschen Gesetzes nachzuprüfen. Ausnahmen von diesem Gesetz, im Sinne Profetas, sind aber bereits in ziemlich groſser Menge mitgeteilt worden, und er selbst bringt noch folgenden Fall:

Bei einer Mutter wurde am 10. März 1901 recente Syphilis, beim neugeborenen Kinde, von ihr gestillt, aber am 17. März ein Knötchen am Kinn bemerkt, welches sich darauf in ein hartes Geschwür mit entsprechender Lymphdrüsenschwellung umwandelte und am 13. Mai trat Roseola auf.

Diejenigen Fälle, wo es zu keiner solchen Infektion kommt, erklärt Glück eben durch das Fehlen der entsprechenden Eingangspforte für das Virus. Im Hinblick hierauf verneint er das ganze Profetasche Gesetz, ist nicht einmal geneigt, dasselbe als Regel anzusehen, sondern proponiert, die wenigen von Müttern mit recenter Syphilis gesund geborenen Kinder künstlich zu nähren, um eine Infektion derselben zu verhüten.

Ziehen wir das Facit aus allen den augenblicklich bestehenden Ansichten und Untersuchungen über die Frage des Profetaschen Gesetzes, so sehen wir vor allem, daſs der Begriff dieses Gesetzes in der Tat sehr verworren ist und ganz bedeutend von seiner ursprünglichen Fassung abweicht. Profeta selbst ist daher, wie er ganz richtig hervorhebt, nicht verantwortlich zu machen für die vielen Ausnahmen von seinem Gesetz, auf welche in der letzten Zeit hingewiesen wurde. Unter dem eigentlichen Profetaschen Gesetz muſs auch heute die Unmöglichkeit der Ansteckung eines gesund geborenen Kindes durch die eigene, im kontagiösen Stadium der Krankheit sich befindende Mutter verstanden werden, wenn sie es stillt, pflegt etc. Eine derartige, vererbte Immunität (wie sie auch bei anderen Infektionskrankheiten vorkommt), besteht sicher, wie das die

Beobachtungen von PROFETA und anderen Autoren beweisen. Aber selbst bei einer so engen Begrenzung gibt es, wie die oben angeführten Fälle zeigen, nicht wenige Ausnahmen von diesem Gesetz (sogar bei der späten, postkonzeptionellen Syphilis der Mutter) und die praktische Bedeutung desselben ist, in Anbetracht der Seltenheit der postkonzeptionellen Syphilis überhaupt, wie auch in Anbetracht der Seltenheit des Umstandes, daſs von syphilitischen Müttern gesunde Kinder geboren werden, nicht besonders groſs.

Was die anderen Seiten der Frage von der vererbten Syphilisimmunität anbetrifft, so muſs vor allem die Möglichkeit der Übertragung einer solchen durch den Vater, entgegen OGILVIE und BRÜGGEMANN, anerkannt werden. Derartige Beobachtungen sind freilich nur spärlich (die Fälle von FINGER und TARNOWSKY) und unvollständig, aber dennoch läſst sich theoretisch die Übertragung einer vererbten Immunität gegen Syphilis ebenso wenig wie die erbliche Übertragung der Syphilis durch den Vater leugnen, wenn es auch unzweifelhaft ist, daſs der Einfluſs der Mutter in dieser Hinsicht viel gröſser ist, als derjenige des Vaters.

Die Frage, welche die gröſste praktische Bedeutung hat, ob bei tertiärer oder gewesener Lues eine Immunität gegen Syphilis vererbt wird, kann augenblicklich noch nicht definitiv entschieden werden. Dieser Teil des PROFETAschen Gesetzes (in weitem Sinn) bietet unzweifelhaft die gröſste Anzahl von Ausnahmen und andererseits steht gleichfalls auf Grund von Beobachtungen fest, daſs eine auf diese Art vererbte Immunität, in der Majorität der Fälle nach kürzerer oder längerer Zeit (zuweilen sehr schnell und zwar, wie der eine von meinen Fällen lehrt, etwa drei bis vier Monate nach der Geburt) verloren geht (oder möglicherweise in vielen Fällen überhaupt gar nicht übergeben wird), so daſs die Kinder von Syphilitischen von neuem luetisch infiziert werden können. Die Möglichkeit einer Vererbung von Immunität in diesen Fällen aber völlig zu leugnen, wie es OGILVIE tut, geht aber nicht an, denn erstens ist der Begriff von der gewesenen Syphilis sehr unklar und dehnbar (niemals kann man für die Gesundheit des gewesenen Syphilitikers selbst, noch für die seiner Nachkommenschaft bürgen, wie das der obenerwähnte Fall von BOECK beweist und ferner dauert das kondylomatöse Stadium gewöhnlich viel länger, als OGILVIE behauptet, ja zuweilen so lange, daſs es leicht aufgefaſst werden kann als gewesene Syphilis) und zweitens ist es bisher noch sehr zweifelhaft, ob die tertiäre Syphilis nicht infektiös und nicht vererbt werden kann. Theoretisch muſs demnach im allgemeinen zugegeben werden, daſs eine Immunität gegen Syphilis bei tertiärer oder gewesener Lues erblich übertragen werden kann, faktisch ist aber diese Frage, sowohl was die Möglichkeit der Übertragung selbst, als auch, was die Dauer derselben, wie den Charakter der erworbenen Syphilis bei der

zweiten Generation, wie ihren Einfluſs auf die Nachkommenschaft anbetrifft, noch sehr wenig bearbeitet.

Die Erklärung über den Mechanismus des Zustandekommens dieser Immunität ist natürlich noch völlig hypothetisch. Finger nimmt, wie oben gesagt, eine direkte sogenannte „germinative" und ferner eine erworbene „placentare" Immunität an und erklärt beide ausschlieſslich durch die Theorie der Toxine, wobei er unter anderem auf die auſserordentlich rasche Entwicklung derselben bei der späten, postkonzeptionellen Syphilis der Mutter hinweist. Düring sucht ihre Entstehung auch durch Toxinwirkung zu erklären, welche durch die, in normalem Zustande für Mikrobien undurchgängige Placenta hindurchdringen. Diese Immunität kann beim Stillen des Kindes durch die Mutter oder eine syphilitische Amme gesteigert werden, wie die bekannten Ehrlichschen Versuche hinsichtlich des Stillens („Ammenversuche") bestätigen. Hierbei kann es in Abhängigkeit von verschiedenen Bedingungen (Grad der Intoxikation, Stärke der Antitoxinbildung, vielleicht auch individuelle Prädisposition etc.) zu folgenden Resultaten kommen: entweder werden die Kinder gesund geboren und erhalten für kürzere oder längere Zeit eine Immunität gegenüber der Syphilis oder die syphilitische Intoxikation spricht sich in Erscheinungen aus, die zwar auf syphilitischem Boden entstanden, aber nicht syphilitischen Charakters sind (parasyphilitische Erscheinungen, Zurückbleiben in der Entwicklung, Miſsbildungen, gröſsere Neigung zu anderen Krankheiten wie z. B. Tuberkulose, geringere Widerstandskraft akuten Krankheiten gegenüber), oder endlich, es entwickeln sich in späteren Jahren, besonders zurzeit der Pubertät, tertiär-syphilitische Erscheinungen, die unter dem Namen der Syphilis hereditaria tarda bekannt sind.

Was endlich die Deutung der Ausnahmen vom Profetaschen Gesetz anbelangt, so bemerkt Finger, daſs eine solche zur Jetztzeit, im Hinblick auf die Unkenntnis der Durchgangsbedingungen der Toxine durch die Placenta, nicht möglich ist und benutzt die von Hochsinger hinsichtlich der Ausnahmen vom Collesschen Gesetz gegebene Erklärung, daſs die Mutter in diesen Fällen deswegen keine Immunität vom Kinde erwerbe, weil sich das Virus im kindlichen Organismus während des intrauterinen Lebens in verborgenem Zustande befindet und folglich nicht die Toxine verarbeitet, welche sich erst nach der Geburt des Kindes zu bilden beginnen.

Eine genaue und streng wissenschaftliche Deutung über die Vererbung der Immunität bei Syphilis und über die Abweichungen von dieser Regel wird daher, bei unserer völligen Unkenntnis des Syphiliserregers selbst, erst in Zukunft möglich sein.

Aus dem Ambulatorium für Haut- und venerische Krankheiten der öffentlichen Ordinationsanstalt „Teleia" in Budapest.

Über einige neuere Heilmittel.

Von

Dr. JOSEF SELLEI,
em. Universäts-Assistent, ordinierender Arzt der Anstalt.

Auch während des abgelaufenen Jahres haben wir mit einigen neuen Heilmitteln Versuche angestellt, über die ich im nachfolgenden Bericht erstatten will. Da ich nur über die erreichten Resultate referiere, sehe ich von der Mitteilung der Krankheitsgeschichten ganz ab.

Von vaterländischen Präparaten versuchten wir in einigen Fällen den von Apotheker Dr. ROSENBERG empfohlenen und in den Handel gebrachten Mercuro-Crême. Dieses Mittel enthält 33¹/₃ % Quecksilber. (Ein in letzter Zeit modifizierter und gleichfalls von dem genannten Apotheker erzeugter Mercuro-Crême besteht aus stearinsaurem Kalium in Glycerin gelöst mit 33¹/₃ % Quecksilbergehalt.)

HAVAS[1], der dieses Mittel in zahlreichen Fällen zur Anwendung brachte, war mit dem Resultat zufrieden, „da es nur wenig schmutzt, die Haut nicht reizt, nicht stinkt und die Einreibung nur wenig Zeit, 3—5 Minuten, in Anspruch nimmt."

Wenn bei der Schmierkur bei Verwendung des gewöhnlichen Ung. hydrargyrum die Art der Wirkung des Quecksilbers noch immer nicht aufgehellt ist, insofern man von den Einreibungen noch nicht weiſs, ob das Quecksilber erst nach der Verdunstung durch die Einatmung wirkt, oder ob dasselbe auch durch die Haut resorbiert seine Heilkraft entfaltet, so ist es noch schwerer die Wirkung des Mercuro-Crêmes in theoretischen Auseinandersetzungen zu erklären. WELANDER und andere leugnen bekanntlich die Wirkung des Quecksilbers durch die Haut bei der Verwendung als Einreibungsmittel entschieden und behaupten, dasselbe wirke nur durch Einatmung, doch — wenn auch die bisherigen Untersuchungsmethoden durchaus nicht befriedigende genannt werden können — so läſst sich die Resorption des Quecksilbers unmittelbar durch die Hautdecke in der Praxis nicht leugnen. Bis jetzt wurde bei Gebrauch der Schmierkuren langsames, gleichmäſsiges und 20—25 Minuten dauerndes

[1] *Orvosi Hetilap.* 1902. No. 6.

Einreiben der Quecksilbersalbe als Regel betrachtet; in der letzten Zeit suchte man hauptsächlich infolge der Verbreitung der Auffassung WELANDERS und seiner Schule, gemäfs welcher das Hg eher durch Einatmung zur Geltung kommt und seine Wirkung ausübt, die Einreibungskur durch blofses Aufschmieren des Quecksilbers auf den Körper bezw. durch Aufschmieren der Quecksilbersalbe auf Leinwand, Flanell und dergl. zu ersetzen. Dafs dann zu eben demselben Zwecke die Verwendung des Quecksilbers in Salbenform gänzlich aufgegeben und dasselbe durch eine pulverartige Materie ersetzt wurde, aus der die Resorption des Hg durch Einatmung gleichfalls womöglich gleichmäfsig erfolgt, war nur eine natürliche Folge dieser Auffassung. So kamen die Mercurol-, die BLASCHKOschen Mercolint-Schürzen u. s. w. zu stande, welch letztere als zwischen- oder mildwirkende Kuren, z. B. bei Lues von Kindern, sehr gute Dienste leisten.[2]

Wenn nun auch zahlreiche theoretische Argumente dafür sprechen, dafs die Wirkung des Quecksilbers bei der Schmierkur auf respiratorischer Wirkung beruht, so haben andererseits die Versuche von JULIUSBERG[3] und anderen bewiesen, dafs die Wirkung des Hg durch die Haut hindurch nicht geleugnet werden kann. Die Untersuchungen JULIUSBERGS führten zu dem Ergebnisse, dafs bei der Einreibung der gröfste Teil desselben durch die Lungen resorbiert wird, und durch die Haut nur wenig Quecksilber in den Organismus gelangt.

Dafs andererseits bei mit Quecksilber, namentlich mit Quecksilberpflaster behandelten lokalen, z. B. tertiären Hautleiden die Wirkung des Hg unzweifelhaft ist, brauchen wir nicht erst zu beweisen, und hier wird die Wirkung sicherlich nicht blofs von den verdunstenden und eingeatmeten Hg-Dämpfen ausgeübt.

Die Erwähnung von all diesen hielten wir für notwendig zur Beurteilung dessen, wie wir die Wirkung eines neueren Quecksilberpräparates zu erklären haben, das, auf die Haut gestrichen, schnell eintrocknet, ja, welches gerade wegen dieses raschen Eintrocknens nicht energisch in die Haut eingerieben werden kann. Die Wirkung dieses Heilmittels läfst sich daher gleichfalls eher durch die Einatmung des Quecksilbers erklären, wiewohl dessen lokale, wenngleich geringfügige Wirkungsfähigkeit gleichfalls zugegeben werden mufs. Die Notwendigkeit dieser letzteren ist aber nur verschwindend klein, da die eruptionalen Formen des sekundären Stadiums — von einzelnen abgesehen — sehr rasch resorbiert werden.

Dafs also bei Verwendung von Mercuro-Crême die luetischen Efflorescenzen gerade so verschwinden wie nach äufserlichem Gebrauch von

---

[2] BECK, Mercolint-Schürzen u. s. w.

[3] JULIUSBERG, *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* 1901.

gleichviel welchem Quecksilberpräparat, gebe ich bereitwillig zu, ebenso wie das, daſs die Salbe vollkommen geruchlos ist. Doch übe ich nur berechtigte Kritik, wenn ich den oben erwähnten Erfahrungen noch folgendes hinzufüge: wenn man den Mercuro-Crême auf den Körper schmiert, so muſs man die Einreibung sehr rasch vollziehen, da das Mittel sehr schnell trocknet. Nach dem Einschmieren wird die Haut gräulich-schwarz und behält auch diese Färbung, die nur durch gründliches Waschen mit Seife und warmem Wasser entfernt werden kann. So kann auch dieses Mittel die von vielen Kranken perhorrescierte „verräterische" Farbe der grauen Salbe nicht verhüllen. Die zuerst in den Handel gebrachte Salbe erzeugte infolge des raschen Trocknens an der Haut Spannungsgefühle und klebte sich, wenn sie sich bei wärmerer Temperatur ein wenig auflöste, fest an die Wäsche an. Neuerdings war der Erzeuger bemüht, auch diesen Übelstand zu beheben. Wir setzen unsere Versuche mit dem zuletzt erzeugten Mercuro-Crême fort. Sicher ist, daſs die Wirkung dieses Mittels in nichts hinter der ähnlicher, in der letzten Zeit modern gewordener Quecksilberpräparate zurückbleibt, und daſs es abwechselnd mit anderen antiluetischen Mitteln vielleicht gleichfalls mit Nutzen verwendet werden kann.

Dymal, salicylsaures Didym, wurde von Professor Kopp[4] in München als gelindes Antiseptikum und als die Sekretion verringerndes Streupulver empfohlen. Wegen dieser trockenen Wirkung, die auch andere (Overlach, Roth[5], Munk[6]) beim Gebrauche dieses Mittels konstatierten, habe ich das Dymal ebenfalls in mehreren Fällen erprobt; ich verwendete es als 5—10 und 20%ige Salbe. In Salbenform hat sich das Dymal in folgenden Fällen ausgezeichnet bewährt: zwei Fälle von Ecthyma nach Scabies; drei Ekzema seborrhoicum. Bei verschiedenen Formen der Dermatitis, in je einem Falle am Rumpfe, in der Leisten- und in der Scrotalgegend; bei Ekzem verwendete ich es fünfmal, und hier namentlich bei akutem papulösen Ekzem mit sehr gutem Erfolge. Von einer eingehenden Beschreibung dieser Fälle sehe ich hier ab, nur das will ich hervorheben, daſs in einem Falle typischer Pyodermie, in dem die Haut an den Beugeseiten der Kniee und an den Schenkeln gerötet und stark angeschwollen war und auf derselben zahlreiche kleinere und gröſsere eitrige Pusteln auftraten, sowie nach Öffnung der Pusteln viel Eiter nachgewiesen werden konnte, nach Gebrauch von 10%igem Dymal die Entzündung stark nachlieſs, das Exanthem eintrocknete und die Eiterung gänzlich aufhörte.

Aus all dem ersehen wir, daſs das Dymal sich hauptsächlich in

---

[4] *Therap. Monatsh.* 1901.

[5] *Pester med. chirurg. Presse.* 1901. No. 44.

[6] *Ärztl. Centralztg.* 1902. No. 13.

solchen Fällen bewährt, wo sonst der Gebrauch von Flor. Zinci empfohlen wird. Bei anderen mit Infiltration verbundenen chronischen Hautleiden, wie bei Ekzema chron. squamosum, bei Psoriasis erreicht man — wie dies auch schon KOPP festgestellt hat — mit diesem Mittel keine nennenswerten Resultate. Allerdings wenn es das Zincum oxydatum vertreten oder die übrigen die Eiterung verringernden neueren Mittel ersetzen soll (die verschiedene Verbindungen des Formalins sind, wie Amylo-, Tanno-, Xeroform u. s. w.), so hat es nur dann eine Zukunft, wenn es zu einem billigeren Preise als das Zincum oxydatum erzeugt und in den Handel gebracht werden kann.

Zur Behandlung des phagedänischen Schankers und Bubos habe ich im vorigen Jahre das Pyoktannin empfohlen, in dem ich ein gutes eiterungsstillendes Mittel kennen gelernt hatte. Selbstverständlich ist auch das Pyoktannin keine Panacee gegen den phagedänischen Schanker, dessen Behandlung oft auf außerordentliche Schwierigkeiten stößt, und mit dem ich mich in einem früheren Artikel eingehend beschäftigt habe. Bei der Verordnung des Pyoktannins ging ich von der Ansicht aus, daß, wenn man mit demselben bei mit hochgradigen Zerstörungen und starker Eiterung verbundenen Carcinomen mehrmals wirklich schöne Erfolge erzielen kann, vielleicht bei einem Prozesse, bei dem die Abnahme der individuellen Widerstandskraft oder andere unbekannte Faktoren zur Folge haben, daß das sonst typische DUCREYsche Ulcus venereum später vom Typus in Ausdehnung, Gestalt, Größe und Heilungstendenz abweicht, wo die starke Eiterung und damit die Heilung jeder anderen Behandlung widersteht, vielleicht die oben erwähnte gute Wirkung des Pyoktannins zur Geltung kommen kann. (Ich muß hier jedoch bemerken, daß — wie ich in der erwähnten Arbeit und auch schon früher[7] auseinandergesetzt habe —, wir das phagedänische Ulcus von dem Ulcus gangraenosum scheiden müssen, und die Untersuchungen MATZENAUERS, denen zufolge der bei der nosokomialen Gangrän gefundene VINCENTsche Bacillus auch der Erreger des Ulcus gangraenosum ist, haben mich in dieser Annahme bestärkt. RÓNA[8], der sich in der letzten Zeit eingehend mit dem Ulcus gangraenosum beschäftigt hat, bestätigt M.s Befund und stellt durch genaue Beobachtungen den besonderen klinischen Charakter des von ihm beschriebenen Leidens fest.)

In welcher Weise das Pyoktannin auf das Ulcus gangraenosum (bezw. auf die durch den MATZENAUER-VINCENTschen Bacillus erzeugte Gangraena)

---

[7] Der heutige Stand der Pathologie und Therapie des venerischen Ulcus und Bubo. *Orvosok Lapja.* 1901. No. 11.

[8] Sitzung der Gesellschaft der Ärzte der öffentlichen Krankenhäuser und des Ärztevereins (s. *Mgyar Orvosok Lapja.* 1903. No. 5).

einwirkt, darüber habe ich keine Erfahrungen gesammelt, doch bei mit starker Eiterung verbundenen, schwer heilenden, sich stark verbreitenden Fällen von Ulcus phagedaenicum, das — wie ich erwähnte —, aufser sonstigen dispositionalen Gründen der Ducreysche Bacillus (oder damit auch andere Mikroorganismen?) hervorzurufen scheint, habe ich das Pyoktannin im Verhältnisse von 1:200,0 heuer in drei Fällen mit sehr gutem Erfolge verwendet. Ich beginne mit dem Gebrauch dann, wenn ich mich überzeugt habe, dafs die üblichen Verfahren, wie Waschungen mit Cuprum und die gebräuchlichen antiseptischen und das Jodoform ersetzenden Pulver, nicht zum Ziele führen. In einem solchen Falle verordne ich anfangs zweimal täglich das Pyoktannin, vorher jedoch wasche ich bezw. spüle ich die chankröse Stelle mit einer schwachen Sublimatlösung ab, dann tauche ich ein bohnengrofses Stück Watte, das ich mit der Pinzette halte, in die Pyoktanninlösung, berühre damit den Schanker und decke das Geschwür mit Watte zu. Nach 3—4tägigem Gebrauche verwende ich Jodoform-bituminatum-Salbe (2,0 : 20,0) und kehre dann wieder zum Pyoktannin zurück; 1—2 mal wöchentlich halte ich es für nötig, den Schanker mit 10—20%igem Arg. nitricum zu ätzen. Nach einer solchen Behandlung gelingt es mir, schon gegen das Ende der zweiten oder dritten Woche Granulation zu erzeugen. Dann gebrauche ich das Pyoktannin nur jeden dritten Tag, in der Zwischenzeit verwende ich entweder Jodoform-bituminatum oder Dermatol, Xeroform u. dergl. Wie bei dem Ulcus phagedaenicum, gehe ich auch bei der Behandlung des phagedänischen Bubo vor. Die Behandlung mit Pyoktannin hat nur den Übelstand, dafs die Bettwäsche u. s. w. durch das Pyoktannin stark beschmutzt wird.

Aus der Praxis.

Zur Behandlung der Psoriasis.

Von

Dr. med. Dreuw,
Assistenzarzt an Dr. Unnas Klinik.

Die Zahl der gegen Psoriasis empfohlenen Heilmittel ist Legion. Wenn ich im folgenden eine neue Salbenkomposition gegen Psoriasis empfehle, so geschieht es deshalb, weil diese in Fällen, die lange Zeit ohne Erfolg behandelt worden waren, namentlich bei den sogenannten Resten der Psoriasis, in kurzer Zeit Heilung herbeiführte. Die von mir angewandte Salbe enthält keine neuen, bisher unbekannten Bestandteile, sondern sie besteht aus einer Anzahl gegen Psoriasis empfohlener Mittel in bestimmter, vielleicht theoretisch paradoxer Anordnung, jedoch in praktisch wirksamer Potenz.

Die Formel ist folgende:

Acid. salic.	10,0	(Keratolytische Wirkung)
Chrysarobin		Reduzierende Wirkung
Ol. rusci nov.	ää 20,0	
Sapon. virid.		Lepismatische Wirkung
Vaselin	ää 25,0	Konstituens.

Die Salbe entfaltet also zu gleicher Zeit keratolytische, lepismatische und spezifisch-antipsoriatische Wirkung, und zwar infolge der starken Dosierung in hohem Grade. Namentlich die Schälwirkung in Verbindung mit der reduzierenden Wirkung des Chrysarobins und des Teers scheint mir von groſsem Vorteil zu sein. Mein hochverehrter Chef, Herr Dr. Unna, war so liebenswürdig, mir eine Reihe von Fällen sowohl seiner Poliklinik als auch seiner Privatklinik zur Verfügung zu stellen, wobei sich herausstellte, daſs die Salbe gute Dienste leistet:

1. bei vereinzelten, isolierten, stark verdickten Psoriasisherden;
2. um die letzten, manchmal jahrelang bestehenden Reste von Psoriasis zu entfernen.

Die Anwendung der Salbe findet in der Weise statt, daſs morgens und abends die einzelnen Psoriasisplaques mit einem Borstenpinsel überpinselt werden. Dies geschieht etwa 3—4 Tage lang. Es bildet sich eine schwarze Schicht über dem Herd, die sich dadurch lockert, daſs man den Herd mit Pasta zinci sulfurata dick überstreicht (dreimal am Tage) und

dann mit grüner Seife oder Benzinwatte die Stelle reinigt. Auf der gesunden Haut der Umgebung bleibt dann die schwarze Schicht kleben, während die kranken Stellen bald abschilfern und durch Fortsetzung dieser Kur zur Heilung kommen. Etwa entstehende Reizung und Schmerzhaftigkeit wird dadurch beseitigt, daſs man die Umgebung des bereits mit Salbe bestrichenen Psoriasisherdes mit Zinkleim überzieht, eventuell auch den Herd selbst; Zinkschwefelpaste mildert auch den Schmerz und löst zu gleicher Zeit das Salbenhäutchen. Ein groſser Vorteil dieser Behandlungsmethode ist der, daſs nach dem Eintrocknen sich ein leichtes Häutchen bildet, die Salbe also streng lokalisiert angewendet werden kann, namentlich wenn man dieselbe $^1/_4$ Stunde eintrocknen läſst.

Psoriatische Stellen im Gesicht werden so behandelt, daſs dieselben genau mit der Salbe eingepinselt und die Umgebung mit Zinkleim bestrichen werden. Darüber legt man dann ein mit Zinkleim bestrichenes Stück Billrothbattist bezw. Guttaperchapapier. Diese Prozedur wird alle zwei Tage erneuert. Ich habe so einen dicht neben dem rechten Augenwinkel liegenden Herd, ohne daſs Conjunctivitis entstanden wäre, mit Erfolg behandelt.

Bestehen nur einzelne Plaques am Körper oder den Extremitäten oder einzelne Reste früher vorhanden gewesener Psoriasis, so wendet man letztere Methode auch am besten an, namentlich in der ambulatorischen Praxis, jedoch muſs die Salbe mindestens täglich erneuert werden. Die Reinigung der psoriatischen Stellen geschieht nach der Einwirkung von Pasta zinci sulfurata oder Vaselin oder Zinkleim am besten mit einem Benzinwattebausch.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7./20. März 1903.

Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.

1. Metscherski stellte eine 25jährige Frau mit einem **Naevus verrucosus linearis** vor.

2. Pospelow sprach über den gegenwärtigen Stand der Frage über **Mykosis fungoides** und stellte den früher bereits von ihm gezeigten Fall vor. Derselbe ist der vierte, in Ruſsland beschriebene (je einer von Stukowenkow, Trapesnikow und Krassnoglasow) und hat sich im Laufe seines zweimonatlichen Aufenthaltes in der Moskauer dermatologischen Klinik unter täglichen Arseninjektionen, anfangs 1%iger, später 2%iger und 3%iger Lösung etwas gebessert. Das lichenoide Stadium ist geschwunden, das furchtbare Jucken ist zwar unverändert geblieben, die Infiltrate aber

haben sich vermindert, und die Geschwülste, welche anfangs noch gröſser wurden, sind kleiner geworden und zeigen Tendenz zur Vernarbung. Wenn auch diese Veränderungen keine rosigen Hoffnungen erlauben, wie POSPELOW sagte, sind sie doch wert, verzeichnet zu werden. Eine bioskopische Untersuchung ist bisher nicht vorgenommen worden, da es grausam wäre, die sowieso groſsen Schmerzen des Patienten noch durch Exstirpation einer Geschwulst zu vermehren.

Diskussion: FOKIN glaubt, daſs in Ruſsland noch ein fünfter Fall, nämlich von POLOTEBNOW, publiziert worden ist.

POSPELOW entgegnet darauf, daſs der POLOTEBNOWsche und TRAPESNIKOWsche Fall ein und derselbe sind.

3. KRASSNOGLASOW verlas einen kurzen Bericht über die vom pathologischen Anatomen KEDROWSKI vorgenommene mikroskopische Untersuchung einer zu diesem Zweck aus dem Oberarm exstirpierten Geschwulst seines in der Gesellschaft vorgestellten Falles von **Mykosis fungoides.** Die Untersuchung ergab das Bild eines granulierenden, entzündlichen Prozesses, entsprechend der von VIRCHOW beschriebenen Granulationsgeschwulst, ohne Vorhandensein irgend welcher Mikroorganismen. Der Patient ist mittlerweile, am 20. Februar, unter weiterer Zunahme der Geschwülste und unter allgemeiner Kachexie gestorben.

4. METSCHERSKI (Dermatolog), GORBATSCHEW (Internist) und WLASSOW (path. Anatom) berichteten über einen gemeinsam beobachteten, resp. untersuchten Fall von **Carcinoma cutis disseminatum** mit Demonstration der zugehörigen Moulage. Es handelte sich um eine 40jährige, unverheiratete Person, die einer carcinomatös beanlagten Familie angehörte (Mutter und Schwester sind an Carcinom gestorben) und selbst ein Jahr vor Eintritt in die dermatologische Klinik wegen eines, wie Nachforschungen ergaben, Cystosarcoma papilliforme des rechten Eierstocks operiert worden war. Bei ihrer Aufnahme in die dermatologische Klinik wurden konstatiert: Höcker in beiden Brustwarzen, vergröſserte Lymphdrüsen und eigentümliche miliare Knötchen, bald auf normaler, bald auf geröteter Haut sitzend, in der Region des Brustbeines, der Mammae und auch auf dem Rücken. Erst die mikroskopische Untersuchung dieser Gebilde sicherte die Krebsdiagnose. In Anbetracht sonstiger Beschwerden wurde die Kranke in die Klinik für innere Krankheiten übergeführt, wo ein linksseitiges Carcinom der Pleura und der Lunge diagnostiziert wurde. Am 12. Februar d. J. starb die Kranke, und bei der Sektion wurden auſser dem Carcinom der Haut, der Pleura, der Lunge noch carcinomatöse Veränderungen des Diaphragma und des linken vorhandenen Eierstocks gefunden. Als primärer Herd wurde letzteres Carcinom angesprochen, von wo dann die weitere Verbreitung auf dem Lymphwege stattgefunden haben muſs.

5. TSCHLENOW zeigte ein mikroskopisches Präparat seines von ihm in der Gesellschaft vorgestellten Falles von **Ulcus PAGET.**

Fachzeitschriften.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1903. Heft 2.

1, **Kritische Studie über die Gesetze der Entstehung der Geschlechter,** von F. P. GUIARD-Paris. G. beschäftigt sich seit langem mit dem Problem der Entstehung der Geschlechter und hat alle anatomischen und physiologischen Verhältnisse,

die mit diesem Problem im Zusammenhang stehen, insbesondere die Ovulation und Menstruation und ihre Beziehungen zueinander, dann die Länge der Zeit, während der ein Ovulum befruchtungsfähig ist, zum Gegenstande eingehender Studien gemacht; er zieht aus seinen theoretischen Überlegungen und praktischen Erfahrungen folgende Schlüsse: Die Entstehung der Geschlechter ist keine zufällige Erscheinung, sie ist vielmehr von ganz bestimmten Gesetzen abhängig. Unter den unzähligen Theorien, die aufgestellt worden sind, um die Ursachen der Entstehung der beiden Geschlechter klarzulegen, ist die rationellste, einleuchtendste und wissenschaftlichste die Theorie Thurys vom Jahre 1863; dieser zufolge entsteht bei der Befruchtung eines noch nicht vollständig entwickelten, also im ersten Stadium seiner Wanderung befindlichen Ovulums ein Kind weiblichen Geschlechts, dagegen bei der Befruchtung eines zu voller Reife gelangten, also in der zweiten Phase seiner Entwicklung stehenden Ovulums ein Kind männlichen Geschlechts. Die Wanderung des Ovulums steht normalerweise in Beziehungen zur Menstruation. Wenn daher die Befruchtung vor dem Eintritt der Menses zu stande kommt, entsteht ein Mädchen, bei Befruchtung nach Beendigung der Regel ein Knabe. Sichergestellt ist dieser Erfolg nur, wenn die Befruchtung drei bis vier Tage vor Beginn, bezw. drei bis vier Tage nach Beendigung der Menstruation stattfindet. Es ist klar, dafs ein frühzeitig befruchtetes Ei länger dem Einflusse des Spermas, also des männlichen Faktors untersteht als ein spät befruchtetes Ovulum; so erklärt es sich, dafs die Mädchen gewöhnlich mehr Ähnlichkeit mit dem Vater, die Knaben mehr Ähnlichkeit mit der Mutter haben. — Die Ovulation kann auch in abnormer Weise vor sich gehen. Manchmal erfolgt nämlich eine Ovulation aufserhalb der Menstruationsperiode; es handelt sich in solchen Fällen um ein überzähliges Ovulum, dessen Entwicklung genau zu der Zeit beginnen kann, in der die Entwicklung des normalen Ovulums zu Ende geht. Durch die gleichzeitige Befruchtung zweier solcher Ovula entstehen Zwillinge verschiedenen Geschlechts; bleibt dagegen das normale Ovulum unbefruchtet, während das überzählige Ovulum befruchtet wird, so entsteht naturgemäfs ein Mädchen, obwohl die Befruchtnng zu einer Zeit erfolgt, in der nach der Regel ein Knabe erzeugt werden sollte. Ist hinwiederum vor Eintritt der Menstruation, also vor der normalen Ovulation, ein überzähliges Ovulum zu völliger Reife gelangt, so entsteht zu einer Zeit, in der das reguläre Ergebnis ein Mädchen sein sollte, durch Befruchtung des überzähligen Ovulums ein Knabe. Derartige irreguläre Resultate können das Thurysche Gesetz nicht entkräften, werden jedoch als gewichtiges Argument gegen die Gültigkeit desselben herangezogen werden. Man soll ihnen keine gröfsere Bedeutung zuerkennen, als sie in Wirklichkeit verdienen; immerhin ist es gut, die Möglichkeit, dafs das Ergebnis ein unerwartetes ist, im Auge zu behalten. Notwendig ist es, zunächst eine grofse Anzahl von präzisen Beobachtungen zu sammeln; erst wenn in einer grofsen Reihe von Fällen bekannt ist, wann die Befruchtung erfolgte, ob vor oder nach der Menstruation, kann man entscheiden, ob das Gesetz zu Recht besteht oder nicht, ob die dem Gesetze entgegenstehenden Ergebnisse wirklich nur seltene Ausnahmen sind, die bei dem gegenwärtigen Stand unserer physiologischen Kenntnisse eine leichte Erklärung finden, ohne dafs sie etwas gegen die allgemeine Regel beweisen.

Der Verfasser hat unter den 35 Fällen 31 mal die Thurysche Theorie bestätigt gefunden; und auch die vier Fälle, in denen das Geschlecht des Kindes nicht der Vorhersage entsprach, beweisen bei genauer kritischer Würdigung nichts gegen die Gültigkeit des Gesetzes. Der Verfasser ist sich jedoch wohl bewufst, dafs die Zahl dieser Beobachtungen viel zu gering ist, um sichere Schlüsse daraus ziehen zu können. Er fordert daher die Ärzte auf, diesbezügliche Beobachtungen anzustellen und die Resultate zu veröffentlichen. Zu verwerten sind ausschliefslich solche Fälle, in denen

nur ein Coitus zur bestimmten Zeit, entweder vor Beginn oder nach Beendigung der Menstruation, vorgenommen und dann bis zur sicheren Konstatierung der Schwangerschaft jeder weitere Beischlaf unterlassen worden ist.

2. **Neue Verbesserungen des graduierten vesikalen Harnseparators,** von F. Cathelin-Paris. Durch Abbildungen erläuterte Beschreibung der Verbesserungen, die der Verfasser an einem früher von ihm angegebenen graduierten vesikalen Harnseparator vorgenommen hat.

1903. Heft 3.

1. **Enteritis und Bakteriurie,** von Jules Janet. Von den durch Infektion von aufsen verursachten Bakteriurien, die eigentlich zu den gewöhnlichen Blaseninfektionen gerechnet werden müssen, sind strenge zu unterscheiden die Bakteriurien, die durch innere Ursachen entstehen. Dieselben kommen zu stande entweder durch direkte Berührung einer Partie des Harnapparats mit einem normalerweise mikrobienhaltigen oder pathologisch infizierten Organ oder aber durch Vermittlung der Blutzirkulation. Zur erstgenannten Gruppe gehören die zahlreichen Bakteriurien, die durch Blennorrhoe der Prostata oder der Samenbläschen verursacht sind. Auch eine vom Rektum aus vermittels Rectitis, Perirectitis, Fistel oder Analfissur infizierte Prostata kann sekundär auf direktem Wege Bakteriurie erzeugen. Wichtig für die Stellung einer exakten Diagnose ist die Tatsache, dafs die Bakteriurie fast immer eine Reizung oder Infektion der Urethra zur Folge hat, und dafs diese sekundäre Urethritis weiterhin auch eine Reizung und selbst eine Infektion der Prostata erzeugen kann. Die durch direkte Berührung entstandenen Bakteriurien sind primär stets in der Blase lokalisiert, können aber sekundär zu einer Infektion der oberen Harnwege führen. Um festzustellen, ob in einem gegebenen Falle die Nieren bereits infiziert, empfiehlt der Verfasser, die Zahl der Mikrobien, die der Urin vor und nach einer Blasenspülung enthält, zu zählen; bei einer rein vesikalen Bakteriurie wird der nach der Blasenspülung aufgefangene Urin viel weniger Mikrobien enthalten, als der vor der Spülung aufgefangene; sind dagegen die oberen Harnwege infiziert, so werden beide Harnproben fast gleichviel Keime aufweisen. — Aufser von der Prostata und von den Samenbläschen können Bakteriurien durch direkte Berührung auch vom Rektum und anderen Teilen des Darms, sowie von den weiblichen Genitalien ausgehen.

Bakteriurien infolge von Infektion vom Blutkreislauf aus kommen in erster Linie bei Infektionskrankheiten, insbesondere bei Typhus vor; meist sind hier Kokken verschiedener Art die Ursache. Auch die Enteritis membranacea, sowie die Appendicitis führt nicht selten durch Vermittlung der Blutzirkulation zum Auftreten von Bakteriurie; in solchen Fällen ist stets das Bacterium coli der Krankheitserreger. Die hartnäckigen, trotz intensiver lokaler Behandlung immer wiederkehrenden Cystitiden der Frauen sind wahrscheinlich auf die gleiche Ursache zurückzuführen, wie diese Bakteriurien: die chronische Verstopfung, die bei Frauen so häufig ist und oft von einer leichten Enteritis begleitet wird, kann immer wieder zu einer Infektion der Blase mit Kolibakterien führen.

Die Behandlung einer jeden Bakteriurie hat in erster Linie an der Infektionsquelle einzusetzen. Erst wenn diese beseitigt ist, geht man zur direkten Desinfektion des Urins mittels Blasenspülungen und Verabreichung von Urotropin über. Das Urotropin gibt der Verfasser in täglichen Dosen von 1,5—2,5, und zwar läfst er die einzelnen Gaben in möglichst gleichmäfsigen Zwischenräumen nehmen. Sobald der Säuregrad des Urins sinkt, gibt er aufserdem noch Natrium benzoicum oder Borax oder hippursauren Kalk oder Phosphorsäure. Ob es angezeigt ist, nach dem Vorschlage Czyrnianskis Urotropin in täglichen Dosen von 4 g innerhalb zwei Stunden zu verabreichen, hält der Verfasser für sehr fraglich, da das Mittel manchmal starke Reiz-

erscheinungen in der Blase und in den Nieren hervorruft; er selbst hat in einem Falle nach einer Dosis von 3,0 eine leichte renale Hämaturie, in einem anderen Falle nach zwei Dosen von je 0,5 jedesmal eine heftige Nierenkolik beobachtet.

2. **Sexuelle Erregung und epileptische Anfälle bei einem Paralytiker,** von Ch. Féré-Bicêtre. Bei einem 46jährigen, verheirateten Manne, der sich vor 20 Jahren luetisch infiziert hatte und vor 3½ Jahren an progressiver Paralyse erkrankt war, traten plötzlich aufserordentlich heftige sexuelle Reizzustände auf, die den Patienten stets zur sofortigen Ausführung des Coitus veranlafsten. Als die Libido sich eines Tages auf der Promenade einstellte, wo die Befriedigung nicht möglich war, wurde der Kranke nach wenigen Minuten bewufstlos und verfiel in Konvulsionen. Diese Anfälle wiederholten sich von da an, so oft die äufseren Umstände die sofortige geschlechtliche Befriedigung unmöglich machten; nach jedem Anfall blieb die Libido für 8—10 Tage erloschen. Die sexuellen Reizzuständ hörten ebenso plötzlich, wie sie gekommen, wieder auf, nachdem an einem Tage fünf starke Anfälle nach einander aufgetreten waren. *Götz-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band III. No. 4. 1903.

Die Frage von den Quecksilberinjektionen, von Ed. Desesquelle-Paris. Bezüglich der Frage, ob die subcutanen oder die intramuskulären Injektionen vorzuziehen seien, gibt Verfasser letzteren den Vorzug, welche auch den Patienten angenehmer seien. Betreffs der Ausführung macht er darauf aufmerksam, dafs man erst mit der leeren Spitze einstechen solle; erhält man dann beim Anziehen kein Blut, so kann man sicher sein, kein Gefäfs angestochen zu haben, und darf alsdann den Zylinder füllen und die Injektion ausführen. Hinterher sogleich zu massieren, widerrät er. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1903. Heft 1.

Die Lepra, von G. Filarétopoulo-Athen. Zum Studium der Lepra hat sich F. mehrere Monate nach Kreta begeben, weil der Ausschlag auf dieser Insel weit verbreitet ist. In der vorliegenden Arbeit teilt er seine Beobachtungen mit, die sehr viel des Neuen und Interessanten enthalten.

Vor allem: er ist ein überzeugter Anhänger von der Weiterverbreitung der Lepra durch Vererbung. Deshalb möchte er auch die Heiraten Lepröser gesetzlich verboten wissen. Die Ansteckung, d. h. die Übertragung von Person auf Person, kommt nur unter ganz ausnahmsweisen Bedingungen vor, trotzdem verlangt er, für Kreta wenigstens, strengste Absonderung der Aussätzigen.

Neben der tuberkulösen und der nervösen Form unterscheidet er noch eine Lepra frustra, die nicht ansteckend ist. Denn bei ihr ist nicht der Hansensche Bacillus wirksam, sondern seine Toxine, die durch Sperma oder Ovulum auf den Embryo übergehen. Diese Lepra frustra sitzt mit Vorliebe am unteren Augenlid, an den Händen und Fingern. Sie macht sich an letzteren durch Atrophien des Thenar und Hypothenar, durch den Symptomenkomplex der Kamptodaktylie, in besonders schweren Formen auch durch Nekrose der Phalangen — Lepra mutilans — bemerkbar. Besonders lesenswert ist der Vergleich, den Verfasser zwischen dieser Lepra frustra s. localis s. trophoneurotica und der Syphilis hereditaria tarda anstellt.

Die Lepra ist im Beginn entschieden heilbar; Entfernung aus der verseuchten Umgebung und günstige Lebensbedingungen sind dazu die Haupterfordernisse. Unterstützt wird die Heilung durch Quecksilber und Chaulmoogra-Öl.

Bemerkenswert ist auch der Schlufssatz der Abhandlung· Die Lepra bleibt eine ernste Gefahr für die Menschheit; sie kann eines Tages unter Einwirkung unbekannter Einflüsse wieder zu einer furchtbaren Geifsel werden. Wer die Geschichte der Lepra und die der Volksseuchen überhaupt kennt, wird diesen Satz unterschreiben.

Die Fortschritte der Dermatologie im 19. Jahrhundert, von H. Hallopeau. Eine teils polemisierende, teils nur referierende Antrittsrede, die für den deutschen Leser nur wenig Interesse hat. *Türkheim-Hamburg.*

Bücherbesprechungen.

Encyklopädie der mikroskopischen Technik mit besonderer Berücksichtigung der Färbelehre, von Paul Ehrlich-Frankfurt a. M., Max Mosse-Berlin, Rudolf Krause-Berlin, Heinrich Rosen-Berlin, Carl Weigert-Frankfurt a. M. (Urban & Schwarzenberg, Wien 1903.) II. und III. Abteilung. Der zweite und dritte Teil halten in jeder Beziehung, was der erste versprach. Das Werk ist ein vorzügliches Sammel- und Nachschlagewerk für alle Fragen der mikroskopischen Technik, es umfafst alle Daten, welche sich auf Anatomie und Entwicklungsgeschichte, pathologische Anatomie, Bakteriologie, Zoologie und Botanik beziehen. Es umfafst die gesamte Mikrotechnik, indem es gleichzeitig eine gute Übersicht über die Chemie und Physik der in der Mikrotechnik benutzten Farbkörper und Reagentien gibt. Bedeutende Mitarbeiter stehen den Herausgebern zur Seite und bürgen für die Güte jedes einzelnen Abschnittes und reiche Illustrationen sind dem vom Verlag gut ausgestatteten Werke von 1400 Seiten beigegeben. Praktisch ist auch die Beifügung der gesamten Literatur für jeden einzelnen Abschnitt, so dafs jeder sich leicht zurechtfinden kann. Ein alphabetisches Autorenverzeichnis schliefst das Werk, welches sicherlich bald überall Eingang finden und als unentbehrlicher Ratgeber seinen Weg durch alle beteiligten Kreise machen wird. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Lehrbuch der allgemeinen Pathologie, von Ch. Bouchard und G. H. Roger. Masson, Paris 1895/1903.) Das vorliegende, umfassend angelegte Werk der genannten Autoren bildet eine Art Encyklopädie, an der die verschiedenen Zweige der Heilkunde durch ihre berufensten Vertreter beteiligt sind. Es darf wohl als das wichtigste und bedeutendste Buch über allgemeine Pathologie angesehen werden, das in den letzten Jahrzehnten bei unseren westlichen Nachbarn erschienen ist. Auch der Dermatologe wird viel Stoff zur Belehrung in den sechs starken Bänden vorfinden und es mit Vorteil gebrauchen. Bezüglich der Einzelheiten sei auf das vornehm ausgestattete und mit überaus zahlreichen Textbildern versehene Werk selbst verwiesen.

Hopf-Dresden.

Diagnose und Therapie des Trippers und seiner Komplikationen beim Manne und beim Weibe, von M. von Zeissl-Wien. (Urban-Schwarzenberg, Wien, Berlin 1903.) Verfasser hat vor einem halben Jahr in einer Separatausgabe der *„Wiener Klinik“* die „Behandlung des Harnröhren-Trippers und seiner Komplikationen beim Manne“ erscheinen lassen, und bereits heute macht sich die Neuauflage des Separatabdruckes notwendig, dem der Autor die Diagnose des männlichen Harnröhrentripper-

und den Tripper des weiblichen Urogenitalapparates eingefügt hat. Das neuerschienene Buch bringt in kurzer, prägnanter Form alles Wissenswerte für den Praktiker und enthält auch für den Fachmann manches Interessante, wenn man auch nicht in allen Punkten der Ansicht des Autors sein kann, so z. B. bezüglich seiner Einteilung und Diagnose der Blennorrhoea anterior und posterior. Das Buch ist mit 38 Abbildungen versehen und bildet ohne Frage eine bedeutsame Bereicherung der in letzter Zeit erschienenen Spezialarbeiten über die Blennorrhoe.

Putzler-Danzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Grundsätze der Syphilisbehandlung, von E. v. DÜRING-Konstantinopel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 37.) D. nimmt in der Frage der Syphilistherapie zwischen den Anhängern der chronisch-intermittierenden Behandlung und den Anhängern der rein symptomatischen Behandlung einen vermittelnden Standpunkt ein: nach seinen zahlreichen Erfahrungen reicht, um die Kranken vor Tertiarismus und den übrigen Folgen der Syphilis zu bewahren, eine weit geringere Menge Quecksilber hin, als im Verlaufe einer chronisch-intermittierenden Behandlung nach FOURNIER-NEISSER angewandt wird, während andererseits zweifellos die Quecksilberbehandlung vor dem Tertiarismus schützt. Die Quecksilberbehandlung der Syphilis erfordert vor allem eine strenge Individualisierung; an einer solchen lassen es aber sehr häufig die enragierten Anhänger der FOURNIER-NEISSERschen Methode fehlen, und sie geht insbesondere sehr oft bei der chronisch-intermittierenden innerlichen Darreichung von Quecksilber verloren. Denn Patienten, denen eine solche Kur verordnet ist, entziehen sich sehr häufig der Kontrolle durch den Arzt, sie nehmen ihre Pillen in gewissen Zwischenräumen jahrelang weiter, und die Folge ist, nach den vielfachen Erfahrungen des Verfassers, eine tiefgehende Schwächung des Organismus und Schädigung des Nervensystems, durch die das Auftreten des Tertiarismus und der Nervensyphilis, wie auch der Tabes und der progressiven Paralyse direkt begünstigt wird. Aus diesen Gründen ist D. ein absoluter Gegner gerade der chronisch-intermittierenden innerlichen Darreichung von Quecksilber. — D. beginnt die Syphilisbehandlung gewöhnlich erst beim Auftreten von sekundären Erscheinungen; er injiziert zweimal wöchentlich je 0,08—0,1 Hg salicyl. und macht auch nach dem Verschwinden aller Erscheinungen noch einige (meist drei) Injektionen. Im zweiten Monat nach dieser Injektionskur erhält der Kranke täglich 0,5—1,0 Jodkalium, und nach Ablauf des dritten Monats wird dann wieder eine leichte Injektionskur durchgeführt, wobei etwa halbsoviel Quecksilber wie das erstemal eingespritzt wird. Im zweiten und dritten Jahre werden noch je ein bis zwei Kuren gemacht, manchmal fallen diese aber auch ganz weg. Stets muſs sorgfältig auf das Allgemeinbefinden des Kranken geachtet und dieses, wenn nötig, durch allgemeine Maſsnahmen gehoben werden. Bei unbedeutenden lokalisierten Symptomen, z. B. beim Auftreten einer Papel an der Zunge, genügt oft eine ausschlieſslich lokale Behandlung. *Götz-München.*

Bemerkungen zur Syphilistherapie, von Jadassohn. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1901. No. 21.) Die Präventivbehandlung verdient nicht die Vorwürfe, die man ihr macht, wenn man sich auf die diagnostisch unzweifelhaften Fälle beschränkt. Die schwächt nicht die Wirkung der späteren Quecksilberanwendung, und sie macht nicht den Verlauf der Syphilis zu einem schwereren. Besonderes Lob ist der Präventivkur nicht zu spenden. — Trotz der unzweifelhaften Mißerfolge besteht die Möglichkeit, unmittelbar nach der Infektion durch Zerstörung der Invasionspforte die Syphilis zu verhindern. — Die Entfernung des schon manifesten Primäraffektes kann den Ausbruch der Syphilis hindern. Verfasser berichtet drei Fälle von Excision zweifelloser Sklerosen mit positivem Erfolge, er ist demnach ein Anhänger der Excision behufs Syphilis-Abortierung. Alle kutanen Läsionen, die sich im Anschluß an eine suspekte Kohabitation einstellen, wird man — sofern es sich nicht um typischen Herpes handelt — exidieren, resp., wenn es einfache Risse sind, mit Karbolsäure ätzen. Auch typische Ulcera mollia excidiert man. Langdauernde Beobachtung des Patienten durch vier bis sechs Monate ist stets nötig. — Vor der Excision wird die Wunde mit Karbolsäure oder Paquelin geätzt. Lokalanästhesie mittels Kokaininjektion ohne Infiltration. — Reinduration ist selten, wenn man im gesunden Gewebe und recht tief operiert. Die Drüsenschwellung kann nach Matzenauer nach der Excision auch dann ausbleiben, wenn Allgemeinerscheinungen folgen; Verfasser sah das Gegenteil. — Sehr ausführlich geht derselbe dann auf die chronische intermittierende Behandlung ein, die er aus theoretischen und praktischen Gründen warm befürwortet. — Aus den sonstigen, anregend geschriebenen Ausführungen sei noch hervorgehoben, daß Verfasser die Wichtigkeit der Hg-Medikation auch bei tertiären Symptomen hervorhebt, die vorsichtige Anwendung der Quecksilberkur auch bei maligner Lues empfiehlt. — Betreffs der Jodanwendung ist beachtenswert, daß dasselbe zuweilen in den üblichen Dosen versagt, während es in großen Dosen (15,0—20,0 pro die) vortrefflich wirkt. — Gegen den Jodschnupfen bewährt sich die Darreichung des Antipyrins. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilisbehandlung im Krankenhaus, von Albert Neisser. (*Die Krankenpflege.* 1901. Bd. I. Heft 2.) Wie schon oft, so spricht sich N. auch hier für die chronisch-intermittierende Behandlung von wenn möglich 3—4 Jahren aus. Er plädiert für energische Quecksilberbehandlung, besonders bei den Hauptkuren, und hält die Unterstützung durch Schwitz-, Schwefel- oder andere Bäder für sehr wünschenswert. Am vorteilhaftesten erscheint ihm Hospitalbehandlung mit Einreibungen und genauer Beaufsichtigung und Pflege der Patienten; wenn diese nicht möglich, so vermeidet er bei ambulanten Patienten, wenn sie nicht absolut zuverlässig sind, die Schmierkur und behandelt in diesen Fällen lieber mit Injektionen, von denen die mit Kalomel und Thymolquecksilber energischer wirken, als die mit Sublimat oder Salicylquecksilber. Für sehr wenig wirksam hält er die Merkolintschutz- und Welanderschen Kuren, die lediglich auf Einatmung beruhen, zumal dieselben meist von Leuten benutzt werden, die sich bei der Arbeit oder im Freien befinden, wodurch die Wirkung naturgemäß abgeschwächt wird. Auf jeden Fall ist die Behandlung im Krankenhause die sicherste und gründlichste, und eine gründliche Anfangsbehandlung bleibt das erste Erfordernis für die Heilung der Syphilis. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Beitrag zur Syphilistherapie, von Oxlipski-Halberstadt. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 87.) Des Verfassers Methode der Syphilisbehandlung besteht darin, daß er Hydrargyrum salicylicum nicht in vollen Spritzen (à 0,1 g) injiziert, sondern nur $^1/_4$—$^1/_6$ Spritze unter entsprechender Vermehrung der Zahl der Einspritzungen. Hierdurch glaubt er folgendes erreicht zu haben:

1. Die viel sicherere Vermeidung von Infiltraten und Abscessen, sowie von lokaler Schmerzhaftigkeit;

2. die gröfsere Gewähr gegen unerwünschte merkurielle Wirkungen am Orte der Ausscheidung (Mund, Darm, Haut, Niere);

3. eine gröfsere Sicherung gegen Deponierung von unberechenbaren Hg-Mengen an anderen, und zwar solchen Teilen des Körpers, welche, wie Knochen, Knorpel, Hirn, Nervensubstanz, nach Ansicht der Antimerkurialisten, Heimstätten für metallisches Quecksilber unter Umständen sollen werden können;

4. eine intensivere Einwirkung auf das Syphilisvirus. Durch die häufigeren Injektionen soll häufiger Gelegenheit zur Einwirkung von Sublimat in statu nascendi, d. h. maximi effectus gegeben sein;

5. eine über längere Zeit sich erstreckende Zufuhr von Syphilis bekämpfendem Quecksilber. Verfasser hat hierbei hauptsächlich die Zeit der zweiten Inkubation, bis zum Ausbruch der Sekundärerscheinungen, im Auge und sieht seine Methode als „sichere Prohibitivkur", die den Ausbruch von Allgemeinerscheinungen zu verhüten vermag, an. — (Ob solche Prohibitivkuren berechtigt sind, mufs nach unseren heutigen Anschauungen doch als sehr zweifelhaft betrachtet werden. Abgesehen davon aber sind die Ausführungen des Verfassers rein theoretischer Natur, durch nichts begründet; die einzige Angabe des Verfassers, dafs er „im letzten Jahre" günstige Erfolge mit seiner Modifikation erzielt habe, ist doch gar zu wenig überzeugend. Ref.)

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Über die Anwendung der antisyphilitischen Behandlung bei gleichzeitigem Vorkommen von Tuberkulose und Syphilis, von Langowoi. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1902. S. 585.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von Tuberkulose bei Syphilitikern. In dem einen Fall handelte es sich um einen 47jährigen Bauer, welcher in seinem 22. Lebensjahre Lues acquirierte und jetzt seit drei Jahren an Tuberkulose der Lungen mit Tuberkelbacillenbefund leidet. Alle Behandlung erwies sich wirkungslos, und erst durch eine spezifische Kur trat Besserung ein. Der zweite Fall betrifft einen 33jährigen Mann, der sich im 24. Lebensjahre luetisch infizierte, längere Zeit spezifisch behandeln liefs, darauf heiratete und gesunde Kinder zeugte, aber jetzt an einem Ulcus des rechten Stimmbandes erkrankte, welches von dem einen Laryngologen für tuberkulös, von dem anderen für syphilitisch erklärt wurde. Mikroskopisch fanden sich im Sputum viele Tuberkelbacillen. Unter Hg-Einreibungen trat völlige Vernarbung des Ulcus ein und die Tuberkelbacillen verminderten sich. Auf Grund dieser beiden Fälle spricht sich Verfasser für eine spezifische Behandlung der Tuberkulose bei Personen, die früher Lues gehabt haben, aus. Die Furcht, dafs den Patienten dadurch ein Schaden erwächst, ist unbegründet. Und statt dessen kann es gute Resultate geben. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über eine bei Syphilitischen vorkommende Quecksilberreaktion, von Karl Herxheimer und Krause. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 50.) Nach erstmaliger Verabreichung gröfserer Quecksilberdosen tritt häufig eine eigentümliche Reaktion der Haut ein. Unter erheblicher Zunahme der Zahl der Efflorescenzen wird ein im Ausbruch befindliches Exanthem über Nacht an Intensität und Extensität plötzlich gesteigert, oder ein bereits im Verblassen befindliches blüht wieder auf, in beiden Fällen mit frischroter Farbe. Neben der lokalen Reaktion bestand oft noch im allgemeinen Fieber. In allen Fällen von Reaktion wurde die Involution des Exanthems beschleunigt, und zwar um so mehr, je intensiver sich die Reaktion gestaltete. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Kritik der Balneotherapie der Syphilis, von Wilhelm Pollak. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 24.) Wo die Syphilis von vornherein ein abnormes Verhalten

zeigt, indem die Patienten sehr herunterkommen, frühzeitig Spätformen auftreten etc., da handelt es sich um ein konstitutionell krankes Individuum, bei dem unter anderen Heilverfahren auch die Badekuren am Platze sind. Diese finden aber auch sonst mit Vorteil neben oder nach der Kur Verwendung, wenn auch meistens die Syphilisbehandlung ohne sie auskommt. Auch die Schwefelbäder sind keine Heilmittel für die Syphilis, können dieselbe sogar, nach Ansicht französischer Autoren, verschlimmern, schwere Erscheinungen, besonders in recenten Stadien, hervorrufen. Die Anschauung, dafs Schwefelbäder latente Syphilis manifest machen, ist viel verfochten. „Sulfur est proditor syphilidis.“ Erklärlich wäre das, wenn man die Hyperthermie im Bade als provokatorischen Reiz betrachten würde, der zurückgebliebene Reste von Syphiliden, wie sie Neumann nachgewiesen hat, wieder wachruft. — Strittig sind die Beziehungen des Schwefels zum Quecksilber; die Paralysierung des eingeriebenen Quecksilbers durch die Schwefelbäder wird von Neisser u. a. behauptet. Dieselbe erklärt den Umstand, dafs solch grofse Dosen Quecksilber als Einreibung in Schwefelbädern vertragen werden. — Die jodhaltigen Kochsalzwässer sind auch kein Specificum gegen Syphilis, bilden aber wegen Anregung der Oxydationsprozesse oft ein gutes Adjuvans für die Syphilistherapie. Sie sind leicht trinkbar, regen die Diurese an und stören keine Quecksilberkur, fördern sie vielmehr, indem sie die Lösung des Quecksilbers im Blute begünstigen. Das Jod in den Jod-Kochsalzbädern entfaltet bei Spätprodukten der Syphilis trotz der minimalen Menge doch seine Wirksamkeit.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Studie über die Anwendung schwefelhaltiger Quellen in der Behandlung der Syphilis, von Edmund Vidal-Paris. (*Ann. policlin. centr.* 1902. No. 5.) Der Gebrauch von Schwefelkuren empfiehlt sich:

1. bei frischen Syphilitikern, die nach regulärer Behandlung mindestens ein Jahr lang symptomfrei geblieben sind. Doch ist es verfehlt, aus dem Ausbleiben von Erscheinungen nach der Kur auf völlige Heilung zu schliefsen;

2. bei Kranken mit maligner Syphilis oder mit hartnäckigen Rezidiven, sowie bei alten, schlecht behandelten Syphilitikern mit tertiären Hauterscheinungen;

3. bei Quecksilberkachexien.

Die Wirkung des Schwefels besteht darin, dafs das überschüssige Quecksilber neutralisiert und die Ausscheidung erleichtert wird. Durch geeignete Kombination der Schwefelkur mit der Quecksilberkur gelingt es namentlich bei den Kranken der zweiten Gruppe, den Organismus für die Aufnahme grofser Quecksilbermengen empfänglich und tolerant zu machen. — Die Aufnahme des Schwefels geschieht durch Brunnenkuren, in Bädern, Douchen und Dampfbädern; an Wirksamkeit stehen bei weitem obenan die Dampfkastenbäder. — Verfasser macht seinen Landsleuten den Vorwurf, dafs sie der Frage der Syphilisbehandlung mit Schwefelbadkuren, wie überhaupt der Physiotherapie nicht das nötige Interesse entgegenbrächten; die chemischen Fabriken Deutschlands überschwemmten mit ihren zahllosen Präparaten den französischen Markt und vergifteten die Bevölkerung, während in Deutschland die Physiotherapie ihren Weg ginge und die Thermalkurorte aufblühten. Namentlich ist dem Verfasser der enorme Aufschwung Aachens ein Dorn im Auge, wo im Jahre 1900 die „fürchterliche“ (formidable) Zahl von 95000 Bädern, und zwar zur Hälfte an Ausländer, verabfolgt wurde. Aus einer Zusammenstellung der Schwefelquellen in den verschiedenen Ländern und ihrer geringen Benutzung zieht Verfasser den Schlufs, dafs nur Deutschland es verstanden hat, die Schwefelbehandlung zu organisieren, indem es in Aachen ein richtiges Zentrum für die Syphilitiker geschaffen hat. Verfasser hofft, dafs sich dieser Zustand bald ändern wird.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Über den Nutzen der Kombination von Schmierkur und Schwefelkur bei Behandlung der Syphilis, von AXEL WINCKLER-Nenndorf. (*Dtsch. Ärzte-Ztg.* 1. Juni 1902.) Die kombinierte Behandlung wird besser ertragen als einseitige Merkurialkuren, sie überschwemmt den Körper nicht ruckweise mit giftigen Quecksilberverbindungen, sondern imprägniert ihn mit einem verhältnismäſsig unschädlichen, löslichen, leicht zirkulierenden, alle Gewebe durchdringenden, schlieſslich langsam zerfallenden, komplexen Doppelsalze, wodurch es möglich wird, groſse Mengen Hydrargyrum viele Wochen lang mit gleichmäſsiger Kraft auf das syphilitische Virus wirken zu lassen; auch bleiben die Entzündungserscheinungen auf der Mund- und Darmschleimhaut aus. Das Quecksilber wird bei der kombinierten Kur nicht am Eintritt in den Körper verhindert, sondern es entsteht beim Verlassen des Körpers auf den Schleimhäuten als letztes Zersetzungsprodukt Schwefelquecksilber, und deshalb ruft es keine Entzündung hervor. Nach Verfassers Ansicht sind die Vorzüge der kombinierten Kur so groſs, daſs sie nicht genug empfohlen werden kann, besonders alle Fälle von Syphilis maligna, Syphilis bei skrophulösen, tuberkulösen, kachektischen Individuen, und alle Syphilitiker, die Quecksilber scheinbar nicht vertragen, müssen schnell in die Schwefelbäder geschickt werden, wo sie am besten ihre Heilung finden!

Bernhard Schulze-Kiel.

In der Balneologischen Gesellschaft zu Stuttgart (7.—12. März 1902) bemerkte in der Diskussion über den Vortrag des Herrn WINCKLER-Nenndorf: **Der Nutzen der Kombination von Schmierkur und Schwefelkur bei Behandlung der Syphilis** (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1902. No. 40) LIEBREICH-Berlin, daſs nach seiner Ansicht die Schmierkur in erster Reihe komme, daſs aber die Injektionen von Sublimat und vor allen Dingen von Quecksilberformamid noch schneller wirken. Er erkennt das gute Vertragen der Schmierkur bei Schwefelbädern an, fügt aber hinzu, daſs das auch bei anderen Bädern der Fall ist, und daſs die Ursache nicht in einem chemischen Vorgange, sondern in einem physikalischen, der Ausscheidung, liegt. VOLLMER-Kreuznach betont, die Schwefelbäder sind gewiſs auch recht gut gegen Lues, aber sie sind es nicht, weil sie eine besondere Kraft haben, sondern weil überhaupt alle unsere differenten Bäder die Umsatzfähigkeit des Organismus steigern und deshalb in der Lage sind, solche schwierigen und eingreifenden Kuren, wie jede Quecksilberkur ist, dort gerade vornehmen zu lassen. STEINER-Levico steht auf demselben Standpunkte. WINCKLER betont zum Schlusse nochmals, daſs das Quecksilber besser vertragen werde während einer Schwefel-Trink- und -Badekur, so daſs es doch ein chemischer Prozeſs zu sein scheint, der die üblen Wirkungen verhindert. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über den Gebrauch der Schwefelbäder bei Syphilis, von DRESCH-Ax. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 23.) Die Schwefelbäder haben, den Erfahrungen des Verfassers zufolge, bei Syphilitikern, die bereits gründlich mit Quecksilber behandelt worden sind, eine ganz spezielle, wenn nicht spezifische Wirkung. Denn abgesehen davon, daſs sie den Stoffwechsel heben und den Ernährungszustand des ganzen Körpers bessern, neutralisieren sie die Toxine des Syphiliserreger und bringen diese Toxine und das im Körper aufgespeicherte Quecksilber rasch zur Ausscheidung. Der Gebrauch der Schwefelbäder ist in jedem Stadium der Syphilis von Vorteil, vorausgesetzt, daſs bereits eine energische Quecksilberbehandlung stattgefunden hat. Die wärmsten Quellen sind die wirksamsten, daher sind die Schwefelbäder in den Pyrenäen am meisten zu empfehlen. Dadurch, daſs die Schwefelbäder das im Körper befindliche Quecksilber vollständig zur Ausscheidung bringen, den Körper also entgiften, haben sie zur Folge, daſs die der Badekur folgenden Quecksilberkuren um so wirksamer sind. Damit die Kranken dieses groſsen Vorteils nicht verlustig gehen, dürfen sie während des Gebrauchs der Bäder kein Quecksilber erhalten, wie das in deutschen Bädern,

besonders in Aachen, üblich ist. Die Einverleibung von Quecksilber während des Gebrauchs der Schwefelbäder ist überdies wirkungslos, weil eben das Metall außerordentlich rasch eliminiert wird. *Götz-München.*

Die Wirkung der Quecksilbersalze auf das Blut der Syphilitischen. Die syphilitische Anämie und die Widerstandsfähigkeit der Blutkörperchen. Hämolysimetrie, von E. Buffa-Turin. (*Nordiskt Med. Arkiv.* 1902. Abt. II. Bd. III. No. 13.) Zur Bestimmung der Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen hat B. einen Apparat konstruiert, den er Hämolysimeter nennt. Derselbe gründet sich auf das Prinzip, daſs pathologisch affizierte rote Blutkörperchen in einer 0,7 %igen Lösung von Chlornatrium ihren Hämoglobingehalt mehr oder weniger verlieren, während die normalen unverändert bleiben. Der Apparat ist nun so eingerichtet, daſs eine kleine Blutprobe durch Einstich in den Finger gewonnen (man braucht nicht mehr als 6 cmm) und mit der Normal-Sodalösung vermischt, drei Minuten lang einem konstanten Strom von bekannter Stärke ausgesetzt wird. Wenn nun die Anzahl der roten Blutkörperchen in der Mischung vor der Einwirkung des elektrischen Stromes konstatiert wurde, wozu Verfasser sich des Chromocytometers von Bizzozero bediente, sowie die Zahl derselben nach der Elektrolyse, so erhält man aus dem Verhältnis dieser beiden Werte ein Maſs für die Widerstandsfähigkeit des Blutes. Allerdings ist eine kleine Korrektur nötig, indem das Volumen der Flüssigkeit bei der Elektrolyse sich verändert. Hierzu hat B. ausführliche Tabellen ausgearbeitet, die der Arbeit beigefügt sind.

Die Resultate, welche sich ihm aus einer sorgfältigen Untersuchung von 21 Fällen ergeben haben, faſst er folgendermaſsen zusammen:

Die Anämie, welche man bei den meisten der in Krankenhäusern aufgenommenen Syphilitischen beobachten kann, läſst sich meistens schon durch eine stärkende Diät und Ruhe bessern. Die Quecksilberbehandlung ist trotz ihrer energischen Einwirkung auf die syphilitischen Erscheinungen weit davon entfernt, das Hämoglobin in allen Fällen auf sein normales Maſs zurückzuführen. Dagegen haben die Quecksilbersalze vor allen Dingen eine hämatopoetische Wirkung. Hand in Hand mit einer schnellen Vermehrung der Blutkörperchen, welche man nicht anders erklären kann, als indem man das Vorhandensein einer Anzahl neugebildeter Blutkörperchen im Blute annimmt, geht stets eine Verminderung der Widerstandskraft der Erythrocyten einher.

Die Vermehrung der Blutkörperchen, welche man durch die Injektion eines Hg-Salzes bewirkt, hat aber nach Verlauf einer gewissen Zeit stets eine neuerliche Verminderung der roten Blutkörperchen und eine entsprechende Vermehrung ihrer Widerstandsfähigkeit im Gefolge. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Wirkung der Quecksilbersalze auf das Blut der Syphilitiker. Syphilitische Anämie-Hämolysimetrie, von Edmond Buffa-Turin. (*Nordiskt Med. Arkiv.* 1902. No. 35.) Da die Resultate über das Studium der Anämie und den Widerstand der roten Blutkörperchen bei Luetischen bei den vielen Forschern bisher meist verschieden waren, wie Verfasser dieses durch eingehende Schilderung der vorhandenen Literatur beweist, so nahm er selbst an einer Anzahl von 21 Patienten in der Klinik Giovanninis die Versuche wieder auf, über welche er ausführlich berichtet. Er kam dabei zu folgenden Schlüssen:

1. Die Anämie, welche die meisten Syphilitiker in den Krankenhäusern zeigen, kann meistens durch einfache roborierende Diät und Ruhe gebessert werden.

2. Die Quecksilberkur, welche einen energischen Einfluſs auf die syphilitischen Erscheinungen ausübt, führt nicht in konstanter Weise das Hämoglobin auf seinen normalen Gehalt zurück.

3. Die Wirkung der Quecksilbersalze ist hauptsächlich hämatopoetisch.

4. Der schnellen Vermehrung des Hämatins, die man nur verstehen kann als eine neu gebildete Hämatinmenge, die im Blut erscheint, entspricht stets eine Verminderung der Widerstandskraft der roten Blutkörperchen.

5. Der Vermehrung des Hämatins, die durch eine Injektion von Quecksilbersalz bewirkt wird, folgt stets nach einer gewissen Zeit eine neue Abnahme der Zahl der roten Blutkörperchen, die der Vermehrung ihrer Widerstandskraft entspricht.

Ausführliche Tabellen beweisen die Schlüsse des Verfassers.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die intravenösen Einspritzungen von Quecksilbersalzen bei Syphilis, von J. Dumont. (*Presse méd.* 1902. No. 67.) Die Vorzüge der endovenösen Einverleibung von Merkursalzen sind erstens die Einfachheit der Technik, die Schmerzlosigkeit, das Fehlen jeder Induration an der Einstichstelle, die Schnelligkeit der Wirkung, deren Sicherheit, die geringere notwendige Höhe der Dose, sowie schließlich die leichtere Wiederausscheidung des Quecksilbers und die geringere Möglichkeit einer Quecksilbervergiftung. Die Gefahren einer Thrombose oder Embolie sind rein theoretische Faktoren. Es besteht keine Gefahr, sobald die Injektion unter allen nötigen Kautelen vorgenommen wird. Die blutkoagulierende Wirkung des Sublimats kommt bei der geringen Dose des endovenös einverleibten Mittels nicht in Betracht. Die Erfolge sind sehr gute. Kontraindikationen gibt es eigentlich nicht. In gewissen Fällen (Frauen, Fettleibigkeit) lassen sich jedoch die Venen nicht sehen noch fassen. Hauptsächlich indiziert sind die intravenösen Injektionen von Merkursalzen bei phagedämischen Schankern, schwerer ulceröser Lues, Syphilis praecox, sowie bei allen tertiären Symptomen.

Hopf-Dresden.

Die löslichen Quecksilbereinspritzungen in großen Dosen, von Jaulin-Orleans. (*Presse méd.* 1902. No. 60.) Der Verfasser berichtet über die guten Erfolge, welche er durch die Darreichung großer Mengen löslicher Merkurpräparate auf dem Wege der Einspritzung erzielt hat. Hauptsächlich handelte es sich dabei um Merkurbijodür in öliger Lösung. Zur Verfügung stehen die Beobachtungen mit 115 Einspritzungen von 6—10 Kubik-Zentimetern bei 25 Kranken. Nur in einem Falle zeigten sich vorübergehendes Übelsein und Durchfälle. Die Injektionen, welche ins Gesäß vorgenommen werden, sind weniger schmerzhaft, als die mit Chérons Serum von Quecksilberbichlorür. Niemals wurden Abscesse beobachtet. Die therapeutische Wirksamkeit ist offensichtlich und kommt etwa den Einspritzungen von Kalomel gleich. Lémoine-Lille hat bei Tabes und Paralyse täglich 0,04—0,05 Merkurbenzoat eingespritzt, ohne Nachteile, ja in drei Fällen von allgemeiner frühzeitiger Paralyse Heilung erzielt.

Hopf-Dresden.

Die Quecksilberinjektionen bei der Behandlung der Syphilis, von Danlos. (*Bullet. génér. de thérap.* 1902. No. 24.) Nach einer Besprechung der verschiedenen löslichen und unlöslichen Quecksilberpräparate, pro et contra, kommt Verfasser zum Schlusse, daß das Kalomel das vorzüglichste ist zur Bekämpfung der lokalisierten tertiären Syphilide und in Fällen schwerer Lues. In den meisten Fällen sind die Einreibungen mit grauer Salbe indiziert.

C. Müller-Genf.

Die Quecksilberinjektionen bei Syphilis. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 35.) Kurze Zusammenstellung und Besprechung all der verschiedenen Quecksilberpräparate, die gegenwärtig zu Injektionen benutzt werden. Veranlaßt sieht sich der Verfasser zu seiner Arbeit durch die Feststellung der Tatsache, daß „gewisse Affektionen, wie die Tabes und die allgemeine Paralyse, direkt syphilitischen Ursprungs sind und die Folgen einer ungenügenden Behandlung der Lues darstellen.“ (So ganz sicher ist das doch noch nicht. Ref.) Die Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze empfiehlt der Autor nicht, weil sie gefährlich sind. Von den

löslichen Salzen kommen, abgesehen von den altbekannten, nach den neuesten Erfahrungen hauptsächlich Hermophenyl, Hg bijodatum, Hg lacticum und Hg benzoicum in Betracht. Von Hermophenyl wird jeden zweiten Tag 0,05 sucutan injiziert, bei den drei anderen Präparaten beträgt die mittlere, täglich zu injizierende Dosis 0,03.

Götz-München.

Die Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Merkur-Bijodür, von Barthélemy, Lévy-Bing und Lafay. (*Presse méd.* 1902. No. 57.) Die Verfasser erprobten an 1050 Einspritzungen die Wirksamkeit des Merkur-Bijodürs, welches sie in sterilisierter öliger Lösung zu 0,015 auf den Kubikzentimeter verwandten. Fünfundzwanzig Kranke erhielten je ungefähr 24 Einspritzungen. Die mannigfachsten spezifischen Symptome heilten unter dieser Therapie glatt ab. Auch in wässeriger Lösung, welcher zum Zwecke der besseren Auflösung des Salzes gleiche Teile Jodnatron zugesetzt werden müssen, wurde das Präparat bezüglich seiner Wirkung untersucht. Damit wurden bei 17 syphilitischen Patienten 430 Einspritzungen vorgenommen. Der Erfolg war der gleich gute und schnelle wie oben. Die Schmerzlosigkeit ist sogar eine vollkommene.

Hopf-Dresden.

Die Injektionsbehandlung der Syphilis vermittels einer neuen Quecksilberverbindung, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (*Journ. of the amer. med. Assoc.* 13. Sept. 1902.) Kurze historische Abhandlung über die Injektionstherapie, deren Vorteile gebührend hervorgehoben werden. Die Technik und die verschiedenen, zu den Einspritzungen schon gebrauchten, Quecksilberverbindungen werden beschrieben. H. behauptet, dafs Schmerz, Abscefsbildung und Induration gegen die Anwendung von Salicylquecksilber (? Referent) und Kalomel sprächen, ebenso dafs Sublimat für die Patienten viel zu schmerzhaft sei, was Referent ebenfalls entschieden bestreiten mufs. Am besten bewährte sich Verfasser das graue Öl, und zwar in einer von ihm etwas modifizierten Form, da das von Lang eingeführte Präparat einigermafsen reizend und schwer aufzubewahren sei. Folgendermafsen ist H.s Zusammensetzung: Lanolin 2,0, Hydrarg. bidist. 6,0 conteratur usque ad perfect. extinct. hydrarg., Liqu. albolene 2,0. S. Jeden 3.—4. Tag 0,06 zu injizieren. Vorsichtigerweise sollte man mit der Hälfte oder gar ein Viertel dieser Dosis beginnen, um die Toleranz des Patienten kennen zu lernen, und dann allmählich steigen. H. hat im ganzen 240 Fälle von Syphilis mit diesem Mittel behandelt, so dafs mehr als 2000 Injektionen gemacht wurden, und fand, was die klinischen Erfolge, Toleranz, Abwesenheit von Komplikationen und allgemeine Wirksamkeit betrifft, seine kühnsten Erwartungen übertroffen.

Stern-München.

Klinischer Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit den Injektionen des Jodquecksilber-Kakodylats, von E. di Tommasi. (*Giorn. intern. delle Scienze med.* 1902. No. 14.) Verfasser hat das Medikament in 21 Fällen von Syphilis angewendet und rühmt dessen ausgezeichnete Wirkung. Die Lösung bestand aus:

Quecksilberbijodid	0,004
Jodnatrium	0,004
Natriumkakodylat	0,03
Sterilisiertes H_2O	1,0

Von dieser Lösung wurden 1—2 ccm pro dosi injiziert. In keinem Falle wurden lokale Störungen konstatiert. Die in die Tiefe der Glutaei praktizierten Einspritzungen sollen viel weniger schmerzhaft sein als die Sublimat- oder Kalomelinjektionen.

C. Müller-Genf.

Die Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Jod-Quecksilberkakodylat, von J. Dumont. (*Presse méd.* 1902. No. 58.) Der Verfasser schlägt die Darreichung von Arsen neben der spezifischen Medikation bei der Behandlung der

Lues vor, wenn der Kranke deprimiert, neurasthenisch und abgemagert sei, wenn er an einer Hautäufserung der Affektion leide und wenn es sich um hartnäckige, allen anderen Heilungsversuchen trotzende Formen der Syphilis handele. Als ausgezeichnetes Medikament gemischter Form schlägt Dumont für die Therapie in obigem Sinne das kakodylsaure Jod-Quecksilber vor. Es besteht aus Quecksilberbijodür, Natriumbijodür und kakodylsaurem Natrium, löst sich leicht, wird subcutan gut absorbiert, verursacht nur geringe Schmerzen und wirkt prompt. *Hopf-Dresden.*

Über Behandlung der Syphilis mit Aristol, von Karl Baer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 31.) Aristol ist ein rötlich-weifses, in heifsem Wasser leicht lösliches, beständiges Quecksilberpräparat; die Lösungen bleiben auch nach dem Erkalten klar, müssen aber doch jeden vierten Tag neu hergestellt werden. Es wurde eine 5%ige Lösung mit oder ohne Kokainzusatz benutzt; letzterer ist entbehrlich, da die extramuskulären Asterolinjektionen fast nie schmerzhaft sind. Die Behandlung von 21 Fällen recenter Lues ergab kein besonders bemerkenswertes Resultat. Es wurden ja kurative Resultate erzielt, aber dieselben stehen den mit Sublimat, Sozojodolquecksilber erzielten nach. Das Präparat ist dem milde wirkenden wasserlöslichen Hydrargyrum licyanatum und ähnlichen gleich zu stellen. Es wird rasch resorbiert und rasch ausgeschieden; die Wirkung ist eine kurz dauernde.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Die Behandlung der Scabies mit Eudermol, von O. Marenbach-Hamm a. d. Sieg. (Carl Georgi-Bonn. 1901.) Nach einer höchst überflüssigen Wiedergabe der Geschichte der Scabies berichtet Verfasser über die mit Eudermol auf der Bonner Hautklinik seit 1897 gemachten Erfahrungen. Das Mittel, eine Verbindung von Nikotin mit Salicylsäure, wurde in 0,1%iger Salbe (mit Vaselin. flav.) angewendet und durchschnittlich an drei aufeinanderfolgenden Tagen je zweimal eingerieben. Verfasser resümiert, dafs das Eudermol bei dieser Art der Anwendung ein durchaus zuverlässiges Mittel, dafs seine Anwendung infolge fast völliger Farb- und Geruchlosigkeit aufserordentlich angenehm ist, dafs es fast stets das gleichzeitig vorhandene Ekzem aufserordentlich günstig beeinflufst, nur sehr selten verschlimmert und in fast allen Fällen das lästige Jucken schon nach zwei Einreibungen beseitigt. Intoxikationen sind äufserst selten, durchaus ungefährlich und durch schwarzen Kaffee leicht zu heben; selbst Frauen und Kinder können unbedenklich der Behandlung unterzogen werden. Das Mittel ist nicht teuer. Die Vorzüge vor den alten Mitteln liegen auf der Hand; mit den neueren verglichen hat das Eudermol vor dem Epikarin und der Nicotianaseife die Reizlosigkeit, vor dem Peruöl den niederen Preis voraus.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Über die Heilung vernachlässigter und skrophulöser Exantheme und Ekzeme mit mehrtägigen Lenigallolpaste-Umschlägen, von Walther Nic. Clemm. (*Wien. klin. Rundsch.* 1902. No. 36.) Sehr gute Erfolge sah Verfasser von Lenigallolpaste bei einem skrophulösen Kopfekzem eines 4jährigen Mädchens, bei einem Ekzema keratoides pedis (hier als 50%ige Paste), bei einem sehr ausgedehnten skrophulösen, mit Ulcerationsbildung einhergehenden Ekzem, bei einem intertriginösen Ekzem der Achselhöhle, bei einem Ekzem des Unterschenkels und endlich bei einer schlecht granulierenden Wunde, auf die reines Lenigallol aufgestreut wurde. Am besten werden länger liegende Verbände angelegt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Diagnose und die Natur des Ekzems, von Brocq. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 41.) Brocq bespricht im ersten Teile seines kleinen Artikels die Differentialdiagnose zwischen dem akuten Ekzem und anderen, mit Bläschenbildung einhergehenden Hautkrankheiten; er behauptet hier, daſs die deutsche Schule die Impetigo nicht vom Ekzem trennt, daſs speziell Unna „aus der akuten Impetigo eine Abart des Ekzems, das akute vesikulöse Ekzem macht". Beides ist bekanntlich nicht richtig, ebensowenig wie die Behauptung, daſs „die Lichenformen der alten Autoren von den Deutschen zur Gruppe der chronischen Ekzeme gerechnet werden". Die parasitäre Natur des Ekzems bestreitet B. auf das Entschiedenste: das primäre, nicht eröffnete Ekzembläschen ist steril, das durch Mikrobien verursachte akute vesikulöse Ekzem Unnas ist überhaupt kein Ekzem, sondern eine Impetigo. B. selbst hält das Ekzem nicht für eine Krankheit, sondern für eine eigentümliche, durch verschiedenartige innere Ursachen hervorgerufene Reaktion der Haut. *Götz-München.*

Lippenekzeme und Mundwässer, insbesondere „Odol"-Mundwasser, von A. Neisser-Breslau. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 62.) In einer mehrere Jahre zurückliegenden Veröffentlichung hatte N. einige Fälle mitgeteilt, in denen durch den Gebrauch von Odol und anderen ätherische Öle enthaltenden Mundwässern ein hartnäckiges Lippenekzem aufgetreten war, das erst nach Aussetzen der betr. Mittel heilte. Diese Veröffentlichung wurde vielfach miſsverstanden und gegen das Odol ausgebeutet. Auf Bitten der das Odol herstellenden Fabrik trat N. der „Ekzemfrage" noch einmal näher; nach eingehender Prüfung von Mundwässern verschiedenartigster Zusammensetzung ist er mit ihrer Wirkung sehr zufrieden, sowohl was Verhütung von Gingivitis und Stomatitis betrifft, als auch mit Bezug auf Wohlgeschmack und auf Ausbleiben ekzematöser Reizerscheinungen. Wenn es auch Personen gäbe, die Odol und ähnliche Mittel nicht vertragen, so sei deswegen der Gebrauch derartiger Mundwässer nicht allgemein zu verwerfen. Verfasser tritt damit den gegen das Odol gerichteten Verdächtigungen entgegen. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Über die klinische Bedeutung des Ekzema seborrhoicum, von G. Bonne. (*Wien. med. Presse.* 1902. No. 9.) Auf Grund einer über mehr als zehn Jahre sich erstreckenden hausärztlichen Praxis (Beobachtungen von 100 ekzematösen Familien) gelangte Verfasser zu der Überzeugung, daſs dieser infektiöse Hautkatarrh nicht an den Grenzen der Schleimhaut Halt macht, sondern, entsprechend dem proteusartigen Charakter des Ekzems, auf dieselbe in der für Schleimhäute charakteristischen Form des akuten und chronischen Katarrhs übergeht, anatomisch und physiologisch aber das analoge Bild erzeugt, wie der infektiöse Katarrh der Haut. Auch findet er einen auf gegenseitiger Beeinflussung basierenden Zusammenhang zwischen Ekzem einerseits und Asthma sowie Gicht andererseits. Auf Grund seiner klinischen Beobachtungen gelangte er zum Resultate, daſs auch die Carcinome der Schleimhäute, ähnlich denen der Hautcarcinomen auf ekzematöser Basis, auf Basis der chronischen Reizung dieser infolge des ekzematösen Katarrhs entstehen können. Indessen scheint doch, daſs zum Zustandekommen derartiger Carcinome auſser dem Ekzem auch noch ein weiterer Reiz, sei es durch von auſsen kommende oder in der Konstitution begründete Schädlichkeiten, von nöten sei. *A. Alpár-Alexandria.*

Über Beinleiden überhaupt und über die Vorteile der zeitweiligen offenen Behandlung hartnäckiger Unterschenkelekzeme, von S. Behrmann. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1902. No. 47.) Nach einer längeren Erörterung des Genu vulgum, des Plattfuſses, der Hyperhidrosis pedum in ihrem Zusammenhange, wendet sich Verfasser der Betrachtung der Unterschenkelekzeme zu. Diese sind häufiger bei Männern als bei Frauen, welche mehr Geschwüre aufweisen. Skrophulose und Tuberkulose spielen vielleicht mit. An einem Falle will Verfasser zeigen, daſs diese Unterschenkelekzeme

offen behandelt bei bettlägerigen Kranken besser heilen, als unter Occlusivverbänden. Zu diesen eignet sich wegen ihrer Porosität die Trikotschlauchbinde am besten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung des Ekzems in Uriage, von Paul Jourdanet-Uriage. (*Lyon méd.* 1902. No. 18.) Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Ekzemfrage schildert J. in Kürze die in dem französischen Schwefelbad Uriage übliche Behandlung des Ekzems. Die Schwefelwässer werden in Form von Waschungen, lokalen und allgemeinen Douchen, Bädern und insbesondere in zerstäubter Form angewendet und daneben auch innerlich verabreicht. Zur Behandlung in Uriage eignen sich alle Arten von Ekzem; in ganz akuten, reizbaren Fällen ist grofse Vorsicht nötig, man begnügt sich bei denselben mit dem Auflegen von Kompressen, die mit Schwefelwasser getränkt sind. Die Erfolge sind im Allgemeinen vorzügliche. *Götz-München.*

Behandlung des Ekzems der Ohren, von Hallopeau. (*Rev. de Thérap. méd. chir.* September 1901.) Bei Ekzem der Ohrmuschel wird zunächst mit Aufstreuen von mineralischen Pulvern angefangen (Talk mit Zinkoxyd). Bei Krustenbildung werden fettige Körper mittels Pinsels aufgetragen (Olivenöl oder Vaselin). Wasser soll vermieden werden. Sodann wird die Ohrmuschel mit Watte bedeckt und am folgenden Tage die Krusten entfernt, worauf eine aus Vaselin und Lanolin = 10,0 und Zinkoxyd 4,0 bestehende Salbe, auf weiche Gaze regelmäfsig verteilt, aufgetragen wird, wobei dafür zu sorgen ist, dafs die Gaze in alle Falten zu liegen kommt. Sobald die Krustenbildung aufgehört hat, kann zur Applikation der Lassarschen Pasta geschritten werden. In hartnäckigen Fällen Kalomel 1 : 20, gelbes Quecksilberoxyd 1 : 20, Oleum cadini oder Teer 1 : 10, Ichthyol 1 : 10. Bei seborrhoischen Formen Schwefel. Bei Ekzemen der hinteren Ohrfalten Waschungen mit 1—5 %iger Phenosalyllösung und Aufstreuen von Talk mit Bism. subnitr. Zuletzt Aufpinselungen von Argent. nitr. in starken Lösungen. Bei Ekzemen des äufseren Gehörganges keine Irrigationen, dafür Zinksalbe, welche mittels eines Wattebausches eingeführt wird; später Kalomelsalbe 1 : 30 und Instillationen von Oleum betulae in sterilisiertem Ole oder Boraxglycerin. In chronischen Fällen Argent. nitr. Dies für die nässenden Formen. Bei trockenen Ekzemen des Gehörganges Einpinseln von Menthol in Vaselinöl, 1 : 40, von Teer resp. Oleum cadini, Acid. salicylic. ebenfalls in Vaselinöl. Stark adhärente Schuppen des Gehörganges werden durch Instillationen mit einer Lösung von Natrium carbonicum in Glycerin, 0,1 : 10,0, aufgelöst. Nebenbei soll, den Ideen der französischen Schule entsprechend, die Allgemeinbehandlung nicht aufser acht gelassen werden: entsprechendes Regime — Vermeiden von scharfen Speisen und Alkoholika —, Verabreichen von Mineralwassern bei Arthritikern, von Jod, Tran, Arsenik etc. bei Skrophulösen.

C. Müller-Genf.

Über die Behandlung der Conjunktivitis ekzematosa, von Haass-Krefeld. (Separatabdr. aus Jahrg. V, No. 33 der *Wochenschr. f. Therapie u. Hygiene d. Auges.*) Diese Augenaffektion, auch Conjunktivitis phlyctaenulosa genannt, ist in den meisten Fällen die sekundäre Lokalisation eines primären Ekzems des übrigen Körpers, meist allerdings des Kopfes. Verfasser bespricht bei dieser Gelegenheit die Therapie des Kopfekzems; mag es parasitären Ursprungs sein oder nicht, so hat sich ihm stets das reine Ichthyol, mit Glasstab oder Pinsel aufgetragen, am besten bewährt und zwar gleicherweise im Gesicht und am übrigen Körper. Alle Borken müssen zuvor (durch weifse Präcipitatsalbe) gründlich entfernt, die Kopfhaut energisch mit Seife, warmem Wasser und nötigenfalls mit Äther von allem Fett gereinigt und gut abgetrocknet werden. Für Affektionen der Lidränder eignet sich die gelbe Quecksilbersalbe (1%ige) besser als die stärker reizende weifse (Gefahr für den Conjunktivalsack). Auf das so oft vernachlässigte Ekzem am Naseneingang, dessen Heilung unerläfslich

zur Heilung der Bindehautaffektion ist, weist H. besonders hin. In ganz hartnäckigen Fällen von Ekzem und bei Neigung zu Rezidiven ist für H. der Lapis das souveräne Mittel. Es genügt hier eine höchstens 2%ige Lösung, mit welcher jede einzelne Eruption zu betupfen ist. Das Ekzem der Conjunktiva geht am besten auf gelbe Quecksilbersalbe und warme Aufschläge, bei reichlicherer Sekretion $\frac{1}{2}$—2%iger Arg. nitr.-Lösung, ein- bis zweimal täglich eingeträufelt, zurück; wegen der oft enormen Schmerzhaftigkeit der letzteren besser die Form des Collyriums (mit $\frac{1}{2}$—2%igem Ungt. Paraffini und Paraff. liquid. zubereitet). Natürlich allgemein kräftigende Mittel, Milch und frische Luft; mit einer Seifenschmierkur (mit gewöhnlicher grüner Seife 30—40 Einreibungen) und systematischen Salz- oder Sublimatbädern (1:2000) hatte H. oft Erfolge zur Kräftigung der kleinen Patienten. *Stern-München.*

Eine infektiöse Form der ekzematösen Dermatitis, von Martin F. Engman-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Dezember 1902.) E. ist der Ansicht, daſs es einen katarrhalischen Entzündungszustand der Haut gibt, welcher durch Ätiologie, objektive Symptome und klinischen Verlauf verschieden von den übrigen Ekzem-Arten ist; in allen Lehrbüchern sei diese Form unter das Ekzem eingereiht und zwar mit der Bezeichnung impetiginöses, auch skrophulöses oder tuberkulöses Ekzema. Neun Fälle dieser Art, welche Kinder von zwei Jahren an, sowie Erwachsene betrafen, beschreibt E. genauer. Auf der Höhe des Prozesses sind sie charakterisiert durch einen nässenden oder schuppenden Entzündungsherd oder -Herde, welche an der Peripherie unter Bildung von Bläschen, Pusteln oder noch mehr unter Unterminierung der peripheren Epidermis sich ausdehnen, sicht- oder unsichtbare Nässe mit sekundären Krusten oder Schuppen verursachen und in ihrem weiteren Fortschreiten von der speziell chemotaktischen Wirksamkeit der Organismen und der Reaktion der erkrankten Gewebe abhängen. Niemals soll eine Neigung zu zentraler Involution, wie bei anderen Hautentzündungen, speziell bei der Impetigo circinata, vorhanden sein. Meist entdeckt man bei genauerer Nachfrage als Gelegenheitsursache irgend ein Trauma oder eine Infektion (Schlag, Stoſs, Insektenstiche usw.). Die Ähnlichkeit zwischen dieser rasch sich ausbreitenden Dermatitis ekzemat. und Crockers Dermatitis repens ist für E. eine sehr in die Augen fallende; nach seinen Beobachtungen ist es auch häufig, daſs Ausfluſs von einer Augen-, Ohren-, Nasen-Entzündung die benachbarten Hautstellen befällt und von hier durch Autoinfektion auf entferntere Körperteile übergeht, ebenso wie dies umgekehrt der Fall sein kann. Die bakteriologischen Untersuchungen, welche E. vornahm, führten ihn zu folgenden Schlüssen: Der Inhalt der Initial-Bläschen, seröser und seropurulenter Natur, die Unterlage der Krusten usw. erzeugen auf künstlichen Nährmedien Reinkulturen des Staphylococcus albus oder citreus oder beider. Überimpfungen auf scheinbar gesunde Hautstellen bei Personen, welche an dieser Dermatitis leiden, waren von derselben Art Hautaffektion gefolgt, Überimpfungen von Reinkulturen auf ganz gesunde Individuen waren nicht sehr erfolgreich. Die Eiterungszustände, mit welchen ekzematöse Dermatitis oft vergesellschaftet ist, enthalten immer Staphylokokken. Diese bakteriologischen Befunde, die Verbindung mit Eiterungen, die anamnestisch offenbare Infektion und Autoinfektion und schlieſslich noch Trauma und Infektion als Gelegenheitsursachen, lassen es E. nicht zweifelhaft erscheinen, daſs es sich bei vorliegender Dermatitis um eine Staphylokokken-Erkrankung handelt.

Stern-München.

Ein Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter), von A. Ravogli-Cincinnati. (*Cleveland Med. Gaz.* August 1901.) Bei einem gesund geborenen Kinde trat am 4. Lebenstage ein roter Fleck auf der einen Brustseite auf, aus dem sich sehr bald eine Blase entwickelte. Rötung und Schwellung breiteten sich unter Fiebererscheinungen in sehr kurzer Zeit über den ganzen Körper, wenige Stellen ausgenommen,

aus; die Epidermis hing am ganzen Körper teils lose in Fetzen, teils war sie zu grofsen, schlappen, mit trüber Flüssigkeit erfüllten Blasen abgehoben. Die der Epidermis beraubten Stellen waren von rotbrauner Farbe, sahen wie maceriert aus. Die ganze Körperoberfläche bot das Bild der Verbrennung zweiten Grades. Das Kind starb, sieben Tage alt. Nachforschungen ergaben, dafs die bei der Entbindung und ersten Abwartung des Kindes tätig gewesene Hebamme kurz zuvor ein ähnlich erkranktes Kind abgewartet und sich dabei eine Infektion am Finger zugezogen hatte, die noch nicht geheilt war, als sie das andere Kind pflegte. Aus diesem Grunde ist Verfasser geneigt, der Ansicht von Ritter und Riehl beizustimmen und die Dermatitis exfoliativa neonatorum als eine Infektionskrankheit anzusehen. Bei der Autopsie fanden sich keinerlei makroskopische Veränderungen an den inneren Organen; die mikroskopische Untersuchung ergab in Lungen, Leber und Nieren ausgesprochene Hyperämie mit Rundzelleninfiltration, ein Befund, den Verfasser gleichfalls im Sinne einer pyämischen Erkrankung verwerfen zu können meint. Verfasser bespricht ausführlich die von Winternitz und Luithlen bei der Krankheit erhobenen anatomischen Befunde. Er spricht sich ferner für eine Abgrenzung des Leidens vom Pemphigus neonatorum aus. Die Prognose ist ernst. Die Therapie hat den Hauptwert auf sorgfältige Ernährung zur Verhütung des Kollapses zu legen; im übrigen lockere Einwicklung in weiche Hüllen, Bäder, Salben. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Beitrag zum Studium der Psoriasis, von M. Oro und Mosca. (*Giorn. italiano delle Scienze med.* Jahrg. XXIV.) In ihrer ziemlich umfangreichen Arbeit, welche unter anderen eine Reihe von Krankengeschichten bringt, die Histologie, Ätiologie und Pathogenese der Affektion bespricht, kommen die Verfasser zum Schlusse, dafs die parasitäre Natur der Psoriasis nicht erwiesen ist, und dafs die autotoxischen und neurotoxischen Theorien am besten die Pathogenese der Affektion beleuchten.

C. Müller-Genf.

Pathologie und Therapie der Psoriasis vulgaris, von Joseph Sellei. (*Samml. klin. Vortr.* Neue Folge No. 327. Febr. 1902.) Ohne wesentlich Neues zu bringen, fafst hier Verfasser in dankenswerter Weise alles über die Psoriasis Bekannte zu einer Monographie zusammen, aus welcher einzelnes herauszuheben Referent sich nicht versagen kann. Im allgemeinen kann man die Psoriasis als ein chronisches, zur Inveteration neigendes Leiden bezeichnen, welches an der Hautdecke umschrieben an einzelnen Stellen oder zerstreut auftritt und zeitweise vergeht, um dann nach kürzerer oder längerer Pause wieder aufzutreten. Auftreten, Form, Gröfse, Lokalisation sind beschrieben und lehrreiche statistische Zusammenstellungen bezüglich letzterer gemacht; gänzlich verschont bleiben Narben, jedoch hat S. um diese herum Psoriasis wahrgenommen. Der Rückbildung der Psoriasisplaques, der Komplikationen (Psoriasis und Ekzem, Metastasen am Endocard und den Meningen usw.), Differentialdiagnose (psoriasisförmige Syphilis) und die subjektiven Erscheinungen sind eingehend gewürdigt. Eine seltene Lokalisation ist die Erkrankung des Fingernagels bei Psoriasis; dabei pflegt der destruktive Prozefs meistens blofs am Nagel selbst, an einem oder dem anderen Rande desselben derart vor sich zu gehen, dafs er an dieser Stelle den Nagel nicht so stark vernichtet, dafs das Nagelbett gänzlich frei bleibt. Alle neueren Autoren stimmen darin überein, dafs bei Psoriasis die Nägel sich verdicken, glanzlos, brüchig werden, und dafs am Nagelbett Psoriasisefflorescenzen auftreten; die Differentialdiagnose derselben von Favus, Trichophyton usw. kann nur vermittels Mikroskops gestellt werden. Die Psoriasis ist meist nur bei Erwachsenen zu beobachten, hier und da auch bei Kindern, selten im Säuglingsalter. Was die Ätiologie betrifft, so kommt S. nach Anführung und Besprechung aller Theorien zu dem Schlusse, dafs mit gröfster Wahrscheinlichkeit die Psoriasis als parasitisches

Leiden anzusehen ist. Wahrscheinlich ist ferner, daſs an der Kopfhaut, wie auch sonst am Körper, wo die Spannung der Haut, wie am Kopfe, die aktive Tätigkeit und auſserdem die Rolle der Talg-, der Schweiſsdrüsen gröſser ist, ferner wo (nach Schütz) die elastischen Fasern reichlicher vorhanden sind, auch die Lokalisation der Psoriasis häufiger ist. Nach des Verfassers Untersuchungen sind (mikroskopisch) die primären Veränderungen bei Psoriasis in den Corpora papillaria zu suchen und mit der Zunahme dieser Veränderungen zeigen das Corium und alle dazu gehörigen Teile starke Infiltration. — Anführung der histologischen Untersuchungen. Bezüglich der Therapie bewährten sich unter den zahlreichen äuſseren, in letzter Zeit besonders empfohlenen Mitteln immer wieder das Chrysarobin am besten, in zweiter Linie das Pyrogallol. Die innere Behandlung (Arsen) ist nur in Verbindung mit der äuſserlichen, lokalen von Erfolg. Die neuerdings von den Franzosen empfohlene Kakodylsäure verwirft S. wegen der oft üblen Folgen (stinkender Atem, schwere Dermatitis), von den übrigen inneren Mitteln ist noch zu nennen Jodkalium in groſsen Dosen (10,0—20,0, ja 50,0 pro die), das Thyreoidin möchte S. wegen seiner toxischen Nebenwirkungen gar nicht, das Jodothyrin nur mit Vorsicht verordnet wissen.

Stern-München.

Die Pathogenese der Psoriasis, von Verrotti. (*Giorn. intern. delle Science med.* 1902. No. 12.) Gestützt auf klinische Untersuchungen an drei Fällen von Psoriasis kommt Verfasser zum Resultate, daſs die Psoriasis der Ausdruck einer Autointoxikation durch organische Säuren ist. Die Aktivität des psoriatischen Prozesses steht in direktem Verhältnis zur Acidität des Blutes resp. Harnes und in umgekehrtem zur funktionellen Integrität der Nieren. Seiner Theorie entsprechend behandelt Verfasser seine Patienten mit Alkalien. *C. Müller-Genf.*

Zur Pathologie, Klinik und Therapie der Psoriasis, von Carl Grünbaum. (*Med. Blätter.* 1902. No. 15.) Ein ausführliches Sammelreferat über die Psoriasis betreffenden Arbeiten der letzten Jahre mit Literaturangabe. Alle Arbeiten sind in diesem Blatte erschienen oder referiert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von traumatischer Psoriasis vulgaris, von Orlipski-Halberstadt. (*Die mediz. Woche.* 1902. No. 29.) Der Fall spricht eventuell für die parasitäre Natur der Psoriasis, indem das Trauma dem Psoriasiserreger zum Eintritt in den Körper den Weg gebahnt hat; beweisen tut auch er nichts. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Kasuistik der atypischen Psoriasisformen (Psoriasis atypica), von A. Lang. (*Med. Obosrenje.* 1902. S. 186.) Verfasser fügt zu den wenigen, bisher in der Literatur beschriebenen Fällen von Psoriasis rupioides s. ostracacea eine weitere Beobachtung zu, die einen 40jährigen Bauer betrifft. Derselbe gibt an, vor ca. 19 Jahren zum ersten Male den Ausschlag in Gestalt roter Flecken auf den Ellbogen bemerkt zu haben. Eine Verschlimmerung des Leidens sei aber erst in der allerletzten Zeit eingetreten. Verfasser konstatierte beim Patienten auf dem Rumpf und den Extremitäten typische Psoriasis guttata et nummularis. Neben diesen gewöhnlichen Erscheinungen fanden sich aber auf dem behaarten Kopf und besonders den Unterarmen auſsergewöhnliche Gebilde in Gestalt konzentrisch angeordneter, borkenartiger Massen. Solcher Gebilde gab es vier auf dem linken Unterarm, je zwei auf der Beuge- und auf der Streckseite von etwa Silberrubelgröſse. Auf dem rechten Unterarm war nur ein solcher Herd zu sehen. Die Borken lagen etwa in fünf bis sechs ringartigen Schichten übereinander, wobei jeder höhere Ring ein wenig kleiner im Umfange war als der niedriger stehende. Dem Patienten wurde lokal eine Salbe und innerlich Sol. Fowleri ordiniert, und als er sich nach einem halben Jahr wieder vorstellte, waren die rupiaartigen Gebilde verschwunden. Diese Hautveränderungen haben groſse Ähnlichkeit mit der

syphilitischen Rupia, woher sie leicht mit derselben verwechselt werden können und woher auch Verfasser die Benennung Psoriasis rupioides der anderen, Psoriasis ostracacea, den Vorzug gibt. *Arth. Jordan-Moskau.*

Ein Tall von Psoriasis rupioides, von F. Buszard resp. W. B. Watson-Northampton. (*Lancet.* 22. März 1902.) Patient, ein 19jähriger Bursche, hatte bei der Aufnahme etwa ein halbes Jahr an der Affektion gelitten. Dieselbe war namentlich an der Streckseite der Ellbogen und der Beugeseite der Kniee stark entwickelt. Da viele Ähnlichkeit mit Rupia syphilitica bestand, wurden u. a. auch antisyphilitische Mittel versucht. Erfolg hatte man jedoch nur von täglichen alkalischen Bädern mit Natrium bicarbonicum von halbstündiger Dauer mit nachheriger viertelstündiger Einreibung mit Glycerin und Einpudern mit Zinkoxyd, worauf Patient sich wieder ins Bett legte. Nach 14 Tagen war die Haut bis auf einige braune Flecke von normalem Aussehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung von Psoriasis mittels Myelocene, von D. C. Watson und J. A. D. Thomson-Edinburgh. (*Lancet.* 18. Okt. 1902.) Myelocene ist ein aus Knochenmark hergestelltes Präparat, welches von W. zunächst bei Mittelohrerkrankungen mit gutem Erfolg angewandt wurde. Da es demnach ein sehr heilkräftiges Mittel sein muſs, erscheint es begreiflich, daſs Psoriasis auch damit günstig beeinfluſst werden könne. Appliziert wird es als Einreibung, vermischt mit Mandelöl, in wechselnder Konzentration bis zu 50 %. Besonders bemerkenswert ist der Umstand, daſs es nicht nötig ist, sämtliche erkrankten Teile damit einzureiben. Bei dem einen Patienten z. B., dessen Krankheitsverlauf an Abbildungen demonstriert ist, heilten die ausgedehnten Läsionen am Rumpfe glatt aus, trotzdem nur die Extremitäten eingerieben wurden. Im ganzen werden hier fünf Fälle mitgeteilt, von denen vier im Laufe von einigen Wochen sehr günstig verliefen, während der fünfte, der allerdings nur mit lokalen Einreibungen behandelt wurde, sich ziemlich refraktär erwies. Verfasser äuſsern sich aber trotzdem sehr zuversichtlich in Bezug auf die endgültige Wirksamkeit ihres Mittels. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der Psoriasis, von A. Eddowes. (*The med. Times and Hosp. Gaz.* 19. Juli 1902.) E. hatte vorzügliche Resultate mit Anwendung des Liquor pic. carbon., welcher nach gründlicher Reinigung der Haut von allen Schuppen zweimal täglich vier bis sechs Tage lang aufgetragen wird; dann werden die Teile zwei bis drei Tage lang mit Borsalbe oder -Lösung behandelt, wieder gründlich gewaschen und, wenn nötig, die Applikation von Teer wiederholt. E. rühmt dieser Behandlung nach, daſs sie sauber, rasch und sicher in der Wirkung sei und gegenüber anderen Methoden Vorteile biete. (Die Teerbehandlung der Psoriasis ist ja schon längst bekannt, keineswegs aber, daſs sie besonders sauber sei. Ref.) *Stern-München.*

Ein Fall von Psoriasis, behandelt mit Thyreoidextrakt, von English. (*Brit. med. Journ.* 22. Nov. 1902.) Eine 27jährige Frau litt seit vier Jahren an hartnäckiger Psoriasis. Als der Verfasser aus der Krankengeschichte erfuhr, daſs die Mutter der Patientin Myxödem gehabt habe, verordnete er Thyreoidextrakt, worauf innerhalb von 14 Tagen die Psoriasis verschwand. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Psoriasis, von Mapother. (*Brit. med. Journ.* 1. Nov. 1902.) M. Morris hatte gelegentlich der Diskussion über die Behandlung der Psoriasis (vergl. Ref. in den *M. f. pr. D.* Bd. 35. S. 378) bemerkt, daſs Merkurialsalben von mäſsiger Stärke von Nutzen sind. Verfasser hält dies für richtig, glaubt aber, daſs eine radikale Beseitigung nur durch eine konstitutionelle Wirkung des Quecksilbers erreicht werden kann. Dies ist schon im Jahre 1890 im *Brit. med. Journ.*, pag. 110, und später im Jahre 1899 in einer Arbeit des Verfassers hervorgehoben worden. *C. Berliner-Aachen.*

Behandlung des Herpes tonsurans, von Gaucher. (*Journ. de Méd. interne.* Juni 1902.) Dieselbe hat zum Ziel: 1. die Ausbreitung der erkrankten Zonen nach Möglichkeit zu verhindern. Dies geschieht durch Epilation der Peripherie der Plaques und Rasieren des ganzen Haarbodens alle drei Tage, bis die Haare ihre normale Farbe und Stärke wiedererlangt haben; 2. die Entstehung neuer Plaques zu verhindern: Waschungen mit gewöhnlicher Seife, Lösungen von Chloral, Sublimat, Resorcin, Aufpinseln von Jodtinktur, Jodkollodium, Wintergrünöl, Zimtöl, Auftragen von Schwefel, Salicylsäure- und Turpetum minerale-Salben; 3. Anwendung von reizenden Substanzen zur Anregung eines frischen Haarnachwuchses.

C. Müller-Genf.

Eine ungewöhnliche Wirkung der X-Strahlen in einem Falle von Herpes tonsurans des behaarten Kopfes, von F. Gardiner-Edinburgh. (*Scott. Journ.* Mai 1902.) In dem betreffenden, nicht näher beschriebenen Falle bei einem siebenjährigen Kinde wurde, nachdem zwölf Röntgenbestrahlungen nur geringen Haarausfall bewirkt hatten, der auch nach weiteren 18 Sitzungen von fünf Minuten Dauer ungenügend blieb, diese Behandlung sistiert. Sechs Wochen später fielen dann plötzlich nach dem Bürsten die Haare auf dem Scheitel aus, so daſs dieser ganz kahl war. Eine andere Ursache der Alopecie, als die Bestrahlung, war nicht nachzuweisen.

M. Levor-Frankfurt a. M.

Erythema simplex marginatum, von Leopold Feilchenfeld-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 33.) Verfasser beobachtete sechs Fälle bei Kindern, von denen fünf in einer Straſse wohnten, so daſs der Verdacht der Infektion nahe liegt. Sonst enthält die Arbeit nichts Neues. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Behandlung des Herpes circinatus und der Pityriasis versicolor, von Darier. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 31.) Der kurze Artikel bringt nichts Neues.

Götz-München.

Über sechs Fälle von Pityriasis lichenoides chronica, von Karl Kreibich. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 26.) Die Pityriasis lichenoides chronica ist von Jadassohn als „Dermatitis nodulans psoriasiformis", von Neisser als „lichenoides psoriasisartiges Exanthem" beschrieben, später besonders von Juliusberg genauer geschildert worden. Es ist ein seltenes Leiden. Die Primärefflorescenz ist eine hanfkorn- bis linsengroſse, mäſsig erhabene, runde Papel von mattgelbroter, orangeartiger oder wachsähnlicher Farbe. Letztere Farbentöne rühren von der aufsitzenden Hornschicht her. Die Efflorescenzen ähneln sehr dem papulösen Syphilid oder auch der Psoriasis guttata, zumal Blutpunkte nach Abhebung der Hornschicht sich zeigen; oft sieht man dann eine kleine Delle. Allmählich wird die Efflorescenz flacher, der Rand wird weiſs, während das Zentrum gelbbraun bleibt, die zentrale Schuppe noch festhaftet; der zentrale Teil scheint deprimiert. Allmählich löst sich dann auch die Hornschuppe. — Mikroskopisch findet man eine perivaskuläre Zellvermehrung, mäſsig zahlreiche Rundzellen in der Pars papillaris und im Rete Malpighii. Es bildet sich eine Parakeratose; eine durch kernhaltige Hornzellen gebildete stärkere Verdickung der Hornschicht bildet eine Art Scutulum. Keratohyalinhaltige Zellen fehlen an diesen Stellen ganz. — Das Alter der Patienten schwankte zwischen 13 bis 45 Jahren. Das Exanthem sitzt an Stamm und Extremitäten; Gesicht und Kopf bleiben stets frei. Bemerkenswert ist die Beteiligung der Hohlhand. Subjektive Erscheinungen sind nicht vorhanden. Das Leiden gibt ein polymorphes Bild, da man mehrere Stadien neben einander findet. Die Therapie ist ziemlich machtlos. In einem Falle schien sich das Leiden nach Jahren spontan zurückzubilden. — Am wichtigsten ist die Abgrenzung gegen Syphilis. Das gleichzeitige Vorkommen schuppender und nicht schuppender Efflorescenzen, die monate- oder jahrelange Dauer, die Farbe, die Ab-

lösbarkeit der Hornschicht in Gestalt eines Deckels, das Bluten der Papillargefäfse sprechen gegen Syphilis. Zur Unterscheidung von Psoriasis ist zu beachten: die blassere Färbung, das festere Haften der Schuppen, die gelbbraune Farbe des zentralen Schuppenteils, die fehlende Bevorzugung von Oberarmen etc. — Lichen ruber planus, Herpes tonsurans sind leichter auszuschliefsen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bemerkung über die Histologie der Pityriasis rosea Gibert, von R. Sabouraud. (*Rev. prat. des mal. cut., syphil. et vén.* 1902. No. 3.) Der Verfasser hat in zwei Fällen von Pityriasis rosea Gibert genaue histologische Untersuchungen vorgenommen. Er fand in dem Rande, der die einzelne Efflorescenz einschliefst, zahlreiche kleinste, intercelluläre, dicht unter der Oberfläche der Epidermis gelegene Bläschen, welche eine seröse Flüssigkeit und in dieser suspendiert Fibrin, Epithelien und mononukleäre Leukocyten enthalten und von kleinen Krusten, nicht von Schuppen bedeckt sind. Das die Bläschen umgebende Gewebe befindet sich im Zustande der Kongestion und der diffusen Infiltration. — Die Pityriasis rosea Gibert führt dem Ergebnis dieser Untersuchungen zufolge die Bezeichnung Pityriasis zu Unrecht, sie gehört nicht zu den squamösen Dermatosen, sondern zu den vesikulösen Erythemen. Auch die Annahme, dafs es sich bei der Pityriasis rosea Gibert um eine lokale Infektion handle, wird durch den histologischen Befund mit ziemlicher Sicherheit widerlegt; die Ursache der Infektion scheint eine interne zu sein. *Götz-München.*

Dermatitis follicularis et perifellicularis conglobata. von Ludwig Spitzer. (*Wien. klin. Rundsch.* 1902. No. 22.) Unter „Dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata" versteht Lang eine Erkrankung der Haut, bei der kleinste, follikuläre, blaurote, schmerzlose Knötchen sich bilden, die bis zu Bohnengröfse wachsen, zentral zerfallen, fluktuieren und an einer oder mehreren Stellen durchbrechen, Eiter, Debitus, Epithelien entleerend. Sind die Knoten zu Gruppen gehäuft, dann bleiben tiefe, die Haut weithin unterminierende Höhlen zurück. Das Endergebnis sind erbsenbis handtellergrofse Narben, zum Teil pigmentiert, mit Narbenbrücken und Zipfeln versehen. Dieses Leiden etabliert sich nur an Comedonennarben, die durch Druckatrophie zu stande kommen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ergebnisse der Behandlung von Akne mit X-Strahlen. von R. R. Campbell-Chicago. (*Journ. Amer. med. Assoc.* 1902. No. 6.) Verfasser teilt 15 Fälle von Akne verschiedener Schwere mit, die sämtlich durch X-Strahlenbehandlung so günstig beeinflufst wurden, dafs die Akne völlig oder fast völlig schwand. In einem Falle, bei dem nach mehr als 30 Sitzungen mangels sichtbaren Erfolges die Behandlung abgebrochen wurde, zeigte sich die günstige Wirkung erst nach mehreren Wochen. In allen Fällen kam eine mittelweiche Röhre zur Anwendung; durchschnittlich dreimal wöchentlich Bestrahlung von zehn Minuten Dauer bei 10—15 cm Röhrenabstand. Dauer der Behandlung durchschnittlich 1—1½ Monate.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Bakteriologische Untersuchungen über die Perlèche, von Gustave Bureau und Fortineau-Nantes. (*Presse méd.* 1902. No. 63.) Unter Perlèche oder Pourlèche verstehen die Franzosen eine Abart chronischer Stomatitis, eine Art Lippenentzündung, welche hauptsächlich die Kommissuren betrifft und in ihrem Vorkommen sich auf Kinder beschränkt. Die Mundwinkel sind meist auf beiden Seiten eingerissen, das Epithel ist gefaltet, weifslich, maceriert und löst sich leicht. Dieser schuppige Zustand des Epithels erstreckt sich von den Winkeln zuweilen bis weit in die Mitte der Lippen. Die Unterhautschicht ist normal. Das hervorstechendste Symptom ist das Jucken und demzufolge das Kratzen. Der Mund ist nur mit Mühe zu öffnen. Die Verfasser beobachteten eine Epidemie von Perlèche. 21 von 27 klinisch verpflegten Kindern erkrankten im Spital von Nantes an der Affektion. Lemaistre fand 1886 bei der-

selben einen Streptococcus, den er Str. plicatilis nannte. Andere Autoren haben andere Kokken gefunden. Die beiden Verfasser vorliegenden Artikels stellen sich auf den Standpunkt LEMAISTRES und halten den Streptococcus für das pathogene Agens.

Hopf-Dresden.

Postimpetiginöse Kahlheit, von ASSELBERGS. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 23.) Ein 7jähriges Mädchen zeigte auf seinem Kopfe eine den Scheitel einnehmende große und eine Anzahl kleinerer Alopecieherde, welche sich um Impetigopusteln herum entwickelt hatten. Ihr Aussehen ist im übrigen glatt und glänzend, doch entdeckt man bei genauer Betrachtung kleine gerötete Flecke, welche Narben perifollikulärer Abscefschen entsprechen. Der Haarausfall erstreckte sich aber auch etwas peripheriewärts von jeder Pustel. *Hopf-Dresden.*

Pemphigus foliaceus bei einem Kinde, von G. H. BRAND. (*Brit. med. Journ.* 7. Juni 1902.) Ein fünf Tage altes Kind bekam zuerst im Gesicht und am Halse, dann zwei bis drei Tage später am Abdomen und an den Oberschenkeln flache, schlappe Blasen mit trübem Inhalt. In den nächsten Tagen verbreitete sich der Ausschlag über den ganzen Körper, auch die Mundschleimhaut wurde befallen, so daſs das Kind nicht schlucken konnte. Frei blieben nur die Handteller und Fuſssohlen. Nach Bersten der Blasen zeigte sich eine groſse, entzündete, excoriierte Fläche, bedeckt mit dünnen Flocken, unter denen übelriechendes Sekret hervorsickerte. Das Kind starb 10 Tage nach Beginn der Krankheit. Irgend welche Anzeichen von kongenitaler Syphilis waren nicht vorhanden. Der Vater litt an Phthise, die Mutter war gesund.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Lobärpneumonie mit konsekutivem Pemphigus acutus bei einem 2½jährigen Kinde, von OSKAR MOOS-Heilbronn a. N. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 45.) Bei einem 2½jährigen Kinde traten am neunten Tage nach Beginn einer Lobärpneumonie unter Temperatursteigerung bis 42,2 ° und enormer Pulsbeschleunigung auf der Brust stecknadelkopf- bis linsengroſse, von einem schmalen, blaſsroten Saume umgebene Bläschen auf, die einen wässrigen Inhalt hatten und im Laufe des nächsten Tages beträchtlich gröſser wurden. Das Exanthem breitete sich innerhalb weniger Tage über den ganzen Rumpf aus, während die Temperatur lytisch abfiel. Die abgehobene Epidermis stieſs sich in groſser Ausdehnung ab, so daſs schlieſslich an Rücken, Brust und Bauch groſse Partien des Coriums freilagen. Die Behandlung bestand zunächst in Applikation adstringierender Puder, später wurden BARDELEBENS Brandbinden angelegt, unter welchen im Verlaufe von zwölf Tagen vollständige Heilung eintrat. — Ätiologisch ist der Fall als eine Mischinfektion aufzufassen.

Götz-München.

Ein Fall von Pemphigus conjunctivae, von BARLAY. (*Orvosi-Hetilap.* 1902. No. 17. *Szemészet* No. 2.) Das Hauptcharakteristikum des Pemphigus der Augenlider besteht in deren Schrumpfung und bündelförmigen Vernarbung. Die Affektion scheint eine äusserst seltene zu sein, denn während 28 Jahren zwischen 145 927 Augenkranken der Klinik wurden bloſs zwei Fälle beobachtet. PERGENS stellte im ganzen 133 Fälle in der Literatur zusammen, von denen eigentlich bloſs 112 Fälle reine Pemphigusfälle waren. Derselbe teilt dieselben in vier Hauptgruppen ein und zwar a) solche Fälle, bei denen auch auf der Haut und der Schleimhaut Blasenbildungen vorhanden waren, b) solche, bei denen nur auf der Schleimhaut, c) solche, bei denen nur auf den Augen Blasenbildungen zu konstatieren waren, und d) Fälle ohne jedwede Blasenbildung; diese werden in die Gruppe der essentiellen Schrumpfung eingereiht. — Bei der 25jährigen Patientin trat vor sechs Monaten eine starke Entzündung des rechten Auges auf; mit derselben zugleich entwickelten sich auf der Haut unter Fieberbegleitung Blasen, welche später zu Krusten eintrockneten. Am Augentraktus konnte

Verfasser wohl keine direkte Bläschenbildung beobachten, die Konjunktiven zeigten aber das typische Bild einiger hanfkorngroſsen, schmutzig verfärbten Substanzverluste, starke Rötung und Sekretion, zahlreiche Narbenzüge, die selbst die Cornea ergriffen. Erst im späteren Verlaufe konnten auch zahlreiche Blasenbildungen der Mundschleimhaut konstatiert werden. *A. Alpár-Alexandria.*

Belege für die Unität von Pemphigus infantum und Impetigo contagiosa „Fox", von G. Nobl. (*Med. Blätter.* 1902. No. 38.) Die Untersuchungen und Beobachtungen der letzten Jahre, und besonders die von Matzenauer, haben es erwiesen, daſs man es bei dem Blasenausschlage der Kinder und der Impetigo contagiosa der Erwachsenen mit ein und demselben Krankheitsprozesse zu tun habe, der nur unter dem Einflusse äuſserer Bedingungen die klinisch und morphologisch differenten Erscheinungsformen anzunehmen pflegt. Eine Reihe von Familienendemien, welche ausführlich mitgeteilt werden, setzen Verfasser in die Lage, nachdrücklichst der von Matzenauer aufs neue verfochtenen Lehre beizustimmen und für die Identität der fraglichen Dermatosen einzutreten; um so mehr, als er den Übertragungsmodus nicht nur in all seinen Varianten von Kindern auf Erwachsene verfolgen konnte, sondern auch in der bisher kaum beachteten umgekehrten Reihenfolge. Es handelte sich im letzteren Falle um einen Pemphigus infantilis eines fünfmonatlichen Kindes; sechs Wochen später erkrankte der Vater des Kindes unter dem Bilde der Impetigo contagiosa circinnata, nachdem bei dem Säuglinge alle Pemphiguserscheinungen längst zur Involution gelangt sind, als die circinären Impetigoplaques des Vaters noch in vollster Blüte standen. Nach einem Intervall von zwei Wochen nun erkrankte ein zweites vierjähriges Kind, dessen Gesicht zunächst mit impetiginösen Efflorescenzen und schlaffen Blasengruppen übersät war; von dem Gesichtsausschlage verbreitete sich in den nächsten Tagen eine ähnliche Eruption über den übrigen Körper aus.

A. Alpár-Alexandria.

Die Heilung des Pemphigus chronicus durch lokale Bestrahlung mit Bogenlicht, von Max Hein-Paderborn. (*Die med. Woche.* 1902. No. 30.) Bei zwei Fällen von Pemphigus erzielte H. durch Bestrahlung mit blauem Bogenlicht überraschend schnelle Heilung, nachdem vorher jegliche Therapie nutzlos gewesen war. Beim zweiten Fall stand der Pemphigus im Zusammenhange mit Hysterie. Der Erfolg zeigte sich schon nach der ersten Bestrahlung mit ultraviolettem Licht, die Heilung trat nach neun Bestrahlungen in 13 Tagen ein. Die Resultate ermutigen zur Nachprüfung.

Bernhard Schulze-Kiel.

b. *der Cutis.*

Über die Ätiologie des Geschwürs von Pende, von Schulgin. (*Russki Wratsch.* 1902. No. 32 und 33.) Das Geschwür von Pende ist eine der Aleppobeule ähnliche Erkrankung, die im Gebiet des Kaspischen Meeres und an der bucharisch-afghanischen Grenze die Bevölkerung und namentlich das dort stationierende russische Militär ergreift. Heydenreich fand als Urheber dieses Geschwürs denselben Mikrococcus, den er gemeinsam mit Duclaux bei der Aleppobeule gefunden und Mikrococcus biskra genannt hatte. Rapschewski, welcher Heydenreichs Untersuchungen beim Geschwür von Pende nachprüfte, konnte sie nicht bestätigen und gab als Urheber eine besondere Form des Streptococcus an, welche dem Fehleisenschen Erysipelstreptococcus ähnlich war. Boroffsky konnte weder die Heydenreichschen noch Rapschewskischen Kokken finden, sondern sah bei Untersuchung des Sekretes von Papeln und Geschwüren, die keine entzündlichen Erscheinungen zeigten, im hängenden Tropfen eine Masse beweglicher Körper, die ihre Form veränderten und Ausläufer aussandten. Diese Körperchen lieſsen sich nach Löffler gut färben und wurden nach Gram nicht entfärbt.

Auf Schnittpräparaten konnte er dieselben Körperchen sehen, die er sich zur Härtung der ZENKERschen Flüssigkeit bedient hatte. Diese Körperchen hielt er für Protozoen. Mit der Nachprüfung dieses Befundes hat sich nun SCHULGIN befaſst und konnte sie voll und ganz bestätigen. Er fand dieselben Gebilde, die sich ihm als mattglänzende, weiſse Körperchen mit scharfen Konturen präsentierten, bald einzeln, bald in Gruppen gelagert und von 1—2 μ Gröſse waren.

Hinsichtlich des Infektionsmodus ist aber SCHULGIN anderer Ansicht als BOROFFSKY. Während nämlich letzterer die Möglichkeit des Eindringens des Mikroorganismus durch den Darmkanal oder die Luftwege annimmt, glaubt SCHULGIN, daſs es auf ähnliche Weise wie bei der Malaria geschieht, nämlich durch einen Zwischenwirt, sei es die Mücke oder ein anderes Insekt. Hierzu veranlaſst ihn die Beobachtung des Auftretens von Papeln gerade an den Biſsstellen von Insekten, ferner das Auftreten der Krankheit gerade zur Mückenzeit und endlich an den Stellen, welche am Tage bedeckt und in der Nacht leicht unbedeckt sind, d. s. die Füſse. Hinsichtlich der Behandlung des Geschwürs von Pende empfiehlt Verfasser, dasselbe für 15 Minuten mit in reiner Milchsäure getränkter Watte zu bedecken. Nach dieser Zeit nimmt man die Watte ab und legt einen gewöhnlichen antiseptischen Verband an bis zum nächsten Tage, wo man rote oder graue Hg-Salbe anzuwenden beginnt. Die Milchsäureätzungen müssen 3—4 mal wiederholt werden. Nach 14—20 Tagen nimmt das Geschwür den Charakter eines einfachen an, welches bei gut genährten Patienten dann bald verheilt. Bei sehr vernachlässigten Geschwüren empfiehlt Verfasser Sublimatkompressen 1 : 1000.

Arth. Jordan-Moskau.

Über Lichen planus der Schleimhäute, von TSCHLENOW. (*Med. Obosrenje.* 1902. S. 192.) Verfasser beschreibt zunächst eine eigene Beobachtung von Lichen planus der Haut, kombiniert mit solchem der Schleimhaut des harten Gaumens und der linken Wange, bei einem 25jährigen Bauernmädchen. An der Hand dieses Falles gibt Verfasser sodann eine sehr genaue literarische Übersicht aller bisher beschriebenen Fälle von Lichen planus der Schleimhäute und kommt auf Grund derselben zu folgenden Schlüssen: 1. Der Lichen planus der Schleimhäute wird am häufigsten beobachtet auf der Schleimhaut des Mundes, kann aber auch an anderen Stellen angetroffen werden (Rachen, After und Harnkanal). 2. Der Lichen planus tritt sehr häufig gleichzeitig mit Lichen planus auf der Haut auf. Gewöhnlich entwickelt er sich später, zuweilen geht er aber letzteren voraus und in seltenen Fällen kann er allein bleiben. 3. Das klinische Bild ist gewöhnlich so charakteristisch, daſs bei genauer Untersuchung des Falles die Diagnose keine besonderen Schwierigkeiten bereitet. 4. Die pathologische Anatomie desselben ist bisher noch nicht bearbeitet. 5. Seine Ätiologie und Pathogenese sind bisher wenig aufgeklärt. 6. Die Prognose ist im allgemeinen günstig. 7. Die Behandlung besteht hauptsächlich in fortdauerndem und energischem Gebrauch von Arsenik. *Arth. Jordan-Moskau.*

Bemerkung zur Pathogenese der Orientbeule, von E. CHATELAIN-Paris. (*La Médecine Orientale.* 1902. No. 7.) Dem Verfasser wurden von einem Bewohner Adrianopels, einem ehemaligen Studenten der Medizin, ausführliche Mitteilungen über die Orientbeule gemacht, denen folgendes Bemerkenswerte zu entnehmen ist: Der Beginn der Krankheit, ein weinroter Fleck ähnlich einem Flohstich, fällt in die Zeit zwischen 15. September und 15. Oktober. Etwa gegen März erfolgt die Entwicklung des Geschwürs mit mehr oder weniger reichlicher Krustenbildung, deren Abfall etwa Mitte August beginnt; es bleiben ein oder mehrere weinhefenfarbene Flecke zurück, die dann verblassen und eine mehr oder weniger tiefe weiſse Narbe, ähnlich der Blatternnarbe, hinterlassen. Bei den Eingeborenen wird gewöhnlich das Gesicht befallen, bei den Fremden häufiger die unteren Extremitäten, die Hände und zuweilen

die Ohren. Alle, die auf die Siesta verzichteten und nur mit Moskitonetz schliefen, blieben frei von der Erkrankung. Durch Zufall wurde der Beobachter darauf aufmerksam, daſs der Stich einer in der Gegend sehr häufigen Spinne die Entstehung des Geschwürs verursacht und daſs das Auftreten des Geschwürs zeitlich mit dem Eierlegen dieser Insekten zusammenfällt. — Anschlieſsend bemerkt Verfasser, daſs sich als gutes Mittel bei der Behandlung des Leidens 10% alkoholische Methylviolettlösung bewährt. Verfasser selbst hat einen Fall in kurzer Zeit mit Bestrahlungen von rotem Licht geheilt. *A. Loewald-Graudenz.*

Histologische Untersuchungen über die infektiösen Granulome. I. Mykosis fungoides, von Tommaso Secchi. (*Rif. med.* 1901. No. 73.) Nach S. ist die Mykosis fungoides ein Granulom, das sich von den anderen durch folgende Eigenschaften unterscheidet: Der entzündliche Charakter ist in ihm besonders ausgeprägt; auſser reichlicher leukocytärer Exsudation besteht auch fibrinöse Exsudation und starkes Ödem. Dies läſst ein infektiöses Agens mit mehr entzündlicher als neoplastischer Wirkung vermuten. Indessen kann in gewissen Fällen und in einer bestimmten Periode neben der Exsudation ein proliferativer Prozeſs erwachen, sogar mit Bildung einzelner Riesenzellen, woraus hervorgehen würde, daſs das angenommene Virus sich abschwächen kann. In dem Granulom ist deutlicher als in anderen ein Reticulum sichtbar, ein Beweis für die schwache nekrobiotische Wirkung des ursächlichen Reizes. Diese offenbart sich auch an den eigentlichen Elementen des Granuloms: die Veränderungen an den Lymphocyten sind nicht so schwer wie bei anderen Granulomen, sie sind Folge des entzündlichen Ödems und bestehen kurz in Schwellung, Polymorphie, Karyolysis und Karyorhexis. Auch die Art der Leukocyten ist verschieden: zum gröſsten Teil sind es kleine Lymphocyten, Plasmazellen sind selten. Das Ödem tritt scharf hervor in den erweiterten Kapillaren, ihr Endothel sieht, von der Fläche betrachtet, epitheloid aus. In einzelnen Fällen mögen aber auch wirkliche epitheloide Zellen vorkommen. Kaposis Sarkoid unterscheidet sich von der Mykosis fungoides auſser durch die hämorrhagischen Vorgänge durch den Reichtum an Plasmazellen und den ausgeprägt proliferativen Charakter, infolgedessen epitheloide, Riesenzellen und oft reichliches embryonales Bindegewebe gebildet wird. *M. Levor-Frankfurt a. M.*

Klinische, anatomo-pathologische und experimentelle Untersuchungen über die Mykosis fungoides, von Fiocco. (Padua, 1902.) Verfasser beschreibt fünf Fälle dieser Affektion und macht darüber folgende Betrachtungen: Die fünf Fälle charakterisierten sich durch das Vorkommen eines prämykotischen Stadiums (Pruritus Erytheme, lichen- und ekzemartige Eruptionen), durch eine beträchtliche Vergröſserung der Lymphdrüsen, durch das Auftreten von Tumoren von teigartiger Konsistenz, welche vollständig wieder verschwinden konnten. In histologischer Beziehung zeichneten sie sich aus durch Gefäſsveränderungen (Meso- und Periarteritis, Hämorrhagien und spärliche Leukocytenwanderungen), Hyperplasie und Degeneration der Knäueldrüsen, Bildung von kleinen Plasmazellenhaufen, zunächst in der Umgebung der Gefäſse, und Konfluenz dieser kleineren Herde zu gröſseren, Anwesenheit von Plasmazellen im mykotischen Gewebe, besonders aber in dessen Umgebung, spärliches Vorkommen von eosinophilen Zellen, Entwicklung eines Pseudoreticulums aus dem vorhandenen kollagenen Gewebe in den mykotischen Herden, Entartung und Zerstörung der polymorphen und Plasmazellen in den Tumoren, Vorkommen von reichlichem, serösem Material in allen Tumoren. Im Blute konstatiert man in den späteren Stadien, wahrscheinlich infolge der Lymphdrüsenhyperplasie, eine Vermehrung der weiſsen Blutkörperchen (Mononukleose), eine Abnahme in der Zahl der Erythrocyten, und der Blutresistenz. Im Blutserum und im Serum, das aus der Haut selbst gewonnen wurde, kommen wahre Lysine vor (Hämo- und Leukolysine), welche durch

die Hitze zerstört werden. Spezifische parasitäre Elemente fehlen sowohl im Blute als in den Geweben. *C. Müller-Genf.*

Mykosis fungoides und Leukocytosis lymphatica, von V. ALLGEYER-Turin. (*Arch. Scienze med.* 1901. Bd. XXV. No. 11.) Der betreffende Fall, der eine 40jährige Bäuerin betraf, war zunächst bemerkenswert durch die Reihenfolge der klinischen Erscheinungen. Nach einem erythematösen Anfangsstadium traten am ganzen Körper umschriebene, mehr oder weniger erhabene Infiltrate, kurz darauf aufserdem an einigen Stellen die charakteristischen halbkugeligen Tumoren auf. Dann verschwanden letztere zugleich mit den Infiltraten. Nach einer kurzen Periode anscheinender Heilung wurde die Haut diffus infiltriert, von ekzematösem Aussehen, und hierauf folgte das Bild einer Erythrodermia exfoliativa generalisata, um seinerseits schliefslich wieder circumskripten Tumoren Platz zu machen. Schwellung sämtlicher oberflächlicher Drüsen bestand während der ganzen Dauer der Beobachtung, sie läfst sich daher nicht mit sekundärer Infektion allein erklären. Fieber und Apyrexie wechselten regellos ab; dabei bestand meist Amenorrhoe. Auffallend war der Reichtum der Tumoren an Plasma- und eosinophilen Zellen, während Riesenzellen nicht gefunden wurden. Die Untersuchung des Blutes ergab zeitweilig als Zahl der weifsen Blutkörper 29500, resp. 40000 und 15700, so dafs das Verhältnis zu den roten 1:152 resp. 112 und 287 betrug. Hauptsächlich waren die mononukleären Leukocyten vermehrt, und zwar erreichte die Lymphocythämie ihr Maximum im Stadium der Erythrodermia exfoliativa, wo 65% der Leukocyten mononukleär waren und 1 ccm Blut 26000 Lymphocyten enthielt. Verfasser zählt den Fall zu jenen, welche die Bindeglieder zwischen Mykosis fungoides und Leukämie bilden. *M. Levor-Frankfurt a. M.*

In der Société nationale de médecine de Lyon (Sitzung vom 23. Juni 1902. Nach *Lyon méd.* 1902. No. 28) stellte PIOLLET einen Fall von **Botryomykose des Zeigefingers** vor. Es handelte sich um einen sonst gesunden Mann, der sich vor mehreren Monaten am rechten Zeigefinger unterhalb des Nagels eine oberflächliche, kleine Schnittwunde zugefügt hatte. Die Wunde heilte nicht, es entstand eine kleine Granulation, aus der sich allmählich ein linsengrofser, gestielter, abgeplatteter, leicht blutender Tumor entwickelte. Drüsenschwellungen sind nicht vorhanden.

In der Diskussion wies PONCET darauf hin, dafs die Frage, ob die von ihm und DOR als Botryomykosis des Menschen beschriebene Affektion mit der Botryomykose der Pferde identisch ist, noch der Entscheidung harrt. Der Umstand, dafs die Botryomykome bei Menschen im allgemeinen viel kleiner sind als die Botryomykome der Pferde, beweist nichts gegen diese Identität, zumal LEGRAIN in Algier enorm grofse Botryomykome bei Menschen beobachtet hat. *Götz-München.*

Die Aktinomykose beim Menschen in Frankreich, von A. PONCET und L. BÉRARD-Lyon. (*Presse méd.* 1902. No. 37.) Nach den Erhebungen der Verfasser zeigt sich die Strahlenpilzerkrankung beim Menschen, was Frankreich anbelangt, bedeutend häufiger als man zu glauben geneigt ist. Es sind bisher davon 146 Fälle bekannt geworden. 79 zeigten Lokalisationen im Gesicht und am Hals, 67 in den Eingeweiden. In Wahrheit dürfte es viel mehr, vielleicht tausend solcher Fälle geben. Eine Übersicht zeigt, dafs die Fälle sich hauptsächlich um Städte herum gruppieren, wo Chirurgen wohnen, die der Krankheit nachspüren. Die 33 Fälle des Seine-Departements und die 47 Fälle des Rhone-Departements entfallen auf die grofsen Spitäler von Paris und Lyon. Die Schwere der Krankheit und ihre Heilbarkeit in frühem Stadium lassen die richtige und frühzeitige Diagnose der Krankheit für allgemein erstrebenswert halten. *Hopf-Dresden.*

Zur Histologie der infektiösen Granulome; die Atinomykose, von T. SECCHI. (*Rif. med.* 1992. Bd. III. No. 32 u. 33.) Der Aktinomyces übt eine pyogene

und eine neoplastische Wirkung aus. Seine eitererregende Wirkung ist aber nicht mit derjenigen der gewöhnlichen pyogenen Agentien zu identifizieren, indem ersterer keine wahre Eiterung verursacht. Seine Tätigkeit übt sich mehr im Sinne einer Chemotaxis aus und zwar nicht allein gegenüber den polynukleären, sondern auch gegenüber den mononukleären Leukocyten. Dies läfst sich vielleicht damit erklären, dafs die Virulenz des Aktinomyces von nur kurzer Dauer ist und nach deren Abschwächung nur noch wie ein gewöhnlicher Reiz auf die umgebenden Gewebe wirkt. Da, wo die irritative Wirkung über die nekrotische vorherrscht, kommt es zur Bildung eines Granuloms mit epitheloiden und Riesenzellen, wobei aber die ersteren nicht so zahlreich vertreten sind, dafs das Granulom die Eigenschaften eines Epithelioms erhält. Die vorherrschenden Elemente sind Lymphocyten mit einigen Plasmazellen. Diese Granulome sehen deshalb am meisten denjenigen ähnlich, welche durch pseudotuberkulöse Bacillen verursacht werden. Der aktinomykotische Prozefs verbreitet sich durch Vermittlung der Phagocyten, welche letzteren Riesenzellen, Leukocyten oder epitheloide Zellen sein können. Das aktinomykotische Granulom hat grofse Ähnlichkeit mit der Syphilis und der Tuberkulose, mit denen es den Mechanismus der Bildung, die Art der Ausbreitung und das rasche Eintreten der Nekrose teilt.

C. Müller-Genf.

Über einen Fall von Aktinomykosis, von Magli. (*Riv. crit. di clin. med.* 19. April 1902.) Verfasser berichtet ausführlich über die Krankheitsgeschichte eines schweren Falles von Aktinomykose, der im Verlauf von vier Jahren trotz aller angestellten therapeutischen Versuche tödlich endete. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Aktinomykosis abdominalis, von C. Whipple. (*Brit. med. Journ.* 15. Nov. 1902.) Der Fall war anfangs für Typhus gehalten worden, bis Schwellungen und eitrige Abscesse am Abdomen die wahre Natur des Leidens klarstellten. Operative Eingriffe und eine Jodkur führten die Heilung des schwerkranken Patienten herbei. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Hautaktinomykose, von J. Kučera. (*Wien. Med. Presse.* 1902. No. 18.) Ein Knecht zeigte an der linken Halsseite einen flachen, 5 : 4 cm messenden, grobhügeligen, am Rand gebuchteten und rundlich gezackten Tumor der Haut, gegen die Unterlage verschieblich. Die Haut über dem Tumor ist dunkelrot, heifs; die Konsistenz ist eine brettharte; auf Druck lebhhfte Schmerzempfindung. Aus sich entwickelnden multiplen Abscefschen entleerte sich Eiter, der Aktinomycespilze enthielt. Behandlung mit Injektionen von

Acid. salicyl.	0,06
Kal. jodat.	4,0
Aq. dest.	20,0

Es wurden jeden fünften Tag tief in den Tumor 2 ccm injiziert, dann fest mit in Ichthyolvasogen getränkter Watte verbunden. Heilung in vier Wochen bei ambulanter Behandlung. — Ein vom Patienten versorgtes Pferd litt an Aktinomykose.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung einer Milzbrandpustel mit Serum Sclavo, von Claudio Mancini-Livorno. (*Rif. med.* 1902. Bd. 2. No. 10.) Infolge Infektion durch Felle war bei einem 37jährigen Fuhrmann am Hals eine Milzbrandpustel entstanden, deren Verlauf aufser dem excessiv starken Ödem keine Besonderheit bot. Ihre Heilung, die vergeblich mit einem fünf Monate alten Serum Sclavo versucht war, erfolgte unverzüglich, als frisches Serum zur Anwendung kam. *M. Levor-Frankfurt a. M.*

Die reine Karbolsäure bei der Behandlung von Pustula maligna, von Narone. (*Rif. med.* 1902. Bd. II. No. 25.) Verfasser beschreibt zwei Fälle von Pustula maligna, die er mit dem vorzüglichsten Erfolge mit Injektionen von reiner

Karbolsäure behandelt hat. Von dem Präparat wurde der Inhalt einer Pravazspritze — 1,0 —, auf drei oder vier Punkte verteilt, in der Umgebung der Pustel injiziert. In dem einen der beiden Fälle wurde das Verfahren am dritten Tage wiederholt; in beiden trat sehr rasch die Heilung ein. Verfasser empfiehlt die Methode aufs wärmste, da die Injektionen von 2—5%iger Karbolsäure wegen ihrer zweifelhaften Wirkung nicht mehr praktiziert werden. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Pustula maligna unter Chinosoltherapie, von Fr. Kipp-Unna-Königsborn. (*Allgem. med. Centralztg.* 1902. No. 50.) Einem Arbeiter, der unter schweren Allgemeinerscheinungen an Milzbrand erkrankt war und dessen Vorderarme etwa je ein Dutzend Pusteln aufwiesen, spritzte Verfasser an zwei aufeinanderfolgenden Tagen in jeden Arm 1%ige Chinosollösung unter die Haut, am ersten Tage in die Gegend der Ellenbogenhaut, am zweiten Tage, als auch die Ellenbogengegenden geschwollen waren, in die Oberarme. Äufserlich liefs er Umschläge mit Chinosol 1:250 machen. Unter dieser Therapie bildeten sich die ursprünglichen Pusteln zurück, neue traten nicht auf, das Allgemeinbefinden besserte sich sehr rasch. Äufserliche Anwendung 2%iger Chinosolsalbe führte rasche Heilung herbei.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Die Serotherapie der Pustula maligna, von Piga. (*Il Morgagni.* 1902 No. 9.) Verfasser hebt die vorzüglichen Resultate hervor, welche bei der Pustula maligna mit den Injektionen von Serum nach der Formel von Sclavo erzielt werden, und empfiehlt diese Behandlungsmethode, die jeder anderen vorzuziehen sei. Acht Krankengeschichten illustrieren die Wirksamkeit des Serums. *C. Müller-Genf.*

Drei neue Fälle von Rhinosklerom, von M. Oro. (*Gazz. internaz. di Medic. prat.* 1902. No. 19.) Verfasser gelangt in seinen Untersuchungen zu denselben Resultaten, wie die anderen Autoren, speziell wie Secchi; er interpretiert jedoch den Befund in etwas anderer Weise. Die Inokulationsversuche fielen negativ aus. Zur histologischen Untersuchung des Gewebes wurde ein Teil in Tuben aufbewahrt, mit Material, welches unbedingt die Entwicklung von Blastomyceten hätte begünstigen sollen. Aufser einer stärkeren, zelligen Veränderung (hydropische Schwellung) liefs, in Bezug auf die hyalinen Körperchen, nichts auf das Vorhandensein einer Keimung, auf Entwicklung von Hyphen oder anderen Reproduktionserscheinungen schliefsen. Die morphologische Analogie der hyalinen Rhinoskleromkörperchen mit den Blastomyceten kann zwar nicht geleugnet werden, es ist aber noch keineswegs nachgewiesen, dafs erstere wirklich Blastomyceten sind. Neben den Zellen von Mikulicz wird der Bacillus von Frisch konstant im Rhinoskleromgewebe nachgewiesen, und mufs er als der wirkliche Erreger der Affektion aufgefafst werden.

C. Müller-Genf.

Scleroma (Rhinoscleroma), von M. Schein. Der Ausgangspunkt des Rhinoskleroms ist in der Regel die Nasenhöhle, dessen Weiterverbreiten nach aufsen auf die knorplige Nase, Oberlippe und deren Umgebung, nach innen auf den Rachen, Kehlkopf und die oberen Luftwege beobachtet wurde. Auf Hautflächen, weit entfernt vom Gesicht, wurde bis jetzt nur ein Fall von Pawlow beobachtet. Dieser veröffentlichte Fall wäre der zweite in der Literatur. Es handelte sich um eine 56jährige Frau, Gattin eines Feldarbeiters, bei der sich vor beiläufig 1½ Jahren ein starker Schnupfen mit Verstopfung der Nase einstellte; vor einem Jahre wurde die Nase rot, ebenfalls in diese Zeit fällt die Verdickung des linken Mittelfingers. Die Untersuchung ergab das typische Bild eines Skleroms der Nase und der rechten Hälfte der Oberlippe, welches auch bakteriologisch konstatiert wurde. Das Interesse des Falles bietet die Erkrankung des linken Mittelfingers. Die erste und zweite Phalanx desselben ist erheblich verdickt und bläulich verfärbt. Hauptsächlich ist es die zweite

Phalanx, deren Palmarfläche besonders gleichmäfsig verdickt erscheint, hingegen die erste Phalanx daselbst unverändert, auf der Dorsalfläche aber in geringerem Mafse infiltriert ist und der ganze Prozefs den Anschein hat, als wäre derselbe von der zweiten Phalanx ausgegangen. Die geschwollenen Teile des Fingers sind gleichmäfsig infiltriert, knorpelhart, nicht eindrückbar, auf Druck kaum empfindlich. Im zweiten Interphalangealgelenke ist eine abnorme Beweglichkeit vorhanden, deren Flächen krepetieren, ein Beweis, dafs die Knorpelflächen teilweise zerstört sind. Halsdrüsen sind nicht zu tasten, blofs eine bohnengrofse Drüse im linken Sulcus bicipitalis cubitalis. Nach Ausschliefsung anderer Erkrankungen fafst Verfasser den Fingerprozefs als ein Sklerom auf. (Excision wurde von der Kranken verweigert.) Dafür spricht in erster Linie die typische, knorpelharte Infiltration und Verfärbung der Haut, in zweiter Linie hält sich die Geschwulst an die Struktur der Haut, dort, wo mehr Weichteile sind, ist auch die Geschwulst eine gröfsere, dort sind auch die tiefen Furchen der Haut auf der Beugeseite des Fingers nicht ausgeglättet. Das ist nur so zu verstehen, dafs das Infiltrat, resp. das pathologische Gewebe die Beuge- und Streckseite der cutanen und subcutanen Hautschichten gleichmäfsig ausfüllt, was eben für Sklerom charakteristisch ist. Für die Sekundärinfektion des Fingers sind zwei Möglichkeiten vorhanden, erstens könnte der Prozefs auf metastatischem Wege im Laufe der Lymphbahnen erfolgt sein, zweitens könnte eine direkte Infektion mit dem Nasensekrete stattgefunden haben. Verfasser schliefst sich der letzteren Ansicht an.

A. Alpár-Alexandria.

Über einen Fall von aufserordentlich stark entwickeltem Rhinophyma mit Vitiligoplaques auf der Oberfläche, Operation und Heilung, von DE AMICIS. (*Giorn. intern. delle Scienze med.* 1902. No. 15.) Die Affektion hatte bei dem nun 68jährigen Manne vor 15 Jahren mit flüchtigen Erythemen im Gesichte und an den Ohren angefangen, und vor sieben bis acht Jahren begannen Erhabenheiten auf der Nase aufzutreten, welche nach und nach das Volumen einer dicken Faust annahmen, so dafs der Mund vollständig unter dem Tumor verschwand. Auch die Ohren zeigten eine Volumszunahme. Eine Verfärbung der Haut wurde nicht konstatiert, mit Ausnahme von einzelnen Stellen, welche vollständig pigmentlos erschienen, mit hyperpigmentiertem Rande. Durch die Ablation des Tumors wurde ein recht hübsches kosmetisches Resultat erzielt. Die Struktur des Tumors entsprach derjenigen des Adenocystofibroms von LASSAR. Bei beginnendem Rhinophyma mit oder ohne Gefäfsdilatation empfiehlt Verfasser die Anwendung des Thermo- oder Galvanokauters, wodurch sowohl die hypertrophierten Talgdrüsen als auch die erweiterten Blutgefäfse zerstört werden.

C. Müller-Genf.

Ein Fall von „spontaner" akuter Gangrän des Scrotums, von ROBERT ARNSTEIN. (*Prag. med. Wochenschr.* 1902. No. 29.) Ein Kohlenträger bekam nach Heben einer schweren Last, wobei er etwas ausglitt, plötzlich Schmerzen in der linken Leistenbeuge, begann bald darauf zu fiebern, und es bildete sich eine ausgedehnte Gangrän des Scrotums aus. Incisionen ergaben Eiterherde unter der Haut. Das Leiden verlief, wie alle ähnlichen, trotz stürmischen Beginnes, unter Abstofsung der gangränösen Haut gutartig. — Da Patient an Scabies litt, ist die Infektion von Kratzeffekten aus wahrscheinlich. — Es handelte sich dem Befunde nach um eine phlegmonöse, schnell zu Gangrän führende Entzündung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Gangrän beider Brustwarzen während des Puerperiums, von R. VINCENT-London. (*Lancet.* 5. April 1902.) Bei einer 23jährigen Primipara entstand im Anschlufs an Exkoriationen an den Brustwarzen eine tiefrote Verfärbung an beiden Brüsten, welche an Erysipel erinnerte. Diese Diagnose mufste wegen der geringen Allgemeinstörung und des fehlenden Fiebers aufgegeben werden. Im weiteren

Verlauf lösten sich beide Brustwarzen gangränös total ab. Bis auf den Verlust derselben erfolgte vollständige Heilung. Verfasser ist geneigt, die Verwendung von Orthoform zur Behandlung der Rhagaden als die Ursache der Gangrän zu beschuldigen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Bacillus des malignen Ödems (Vibrion septique), von Grassberger und Schattenfroh. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 38.) Die Verfasser haben mit vier Stämmen von Bacillen des malignen Ödems eingehende Untersuchungen vorgenommen; sie heben, abgesehen von den bereits bekannten, folgende Eigentümlichkeiten dieser Bakteriengruppe hervor: Der Ödembacillus zeigt bei verschiedenen Kulturbedingungen regelmäfsige Stäbchen, Fäden und Klostridien in wechselnder Menge. Bei Behandlung der Trockenpräparate mit Jod weisen die Vegetationen fast regelmäfsig reichliche Mengen von Granulose auf, die meist einen rotbraunen, seltener einen blauschwarzen Farbenton zeigt. In biologisch-chemischer Hinsicht charakterisiert sich der Ödembacillus als Fäulnis- und Gärungserreger. Die Fähigkeit, koaguliertes Eiweifs wieder in Lösung zu bringen, scheint ihm zu fehlen. Aus Dextrose bildet er neben flüchtigen Säuren Milchsäure und regelmäfsig kleine Mengen von Äthylalkohol. Charakteristisch ist die Entwicklung in bei 80 Grad rasch erstarrtem Rinderserum. In diesem Nährboden tritt unter lebhafter Gasbildung üppiges Wachstum ein. Hierbei wird meist reichlich Flüssigkeit, die noch gerinnbares Eiweifs enthält, ausgeprefst; die Kulturen riechen nach Urin, bezw. nach Schwefelwasserstoff. Der Ödembacillus bildet lösliche Toxine. Er ist für Meerschweinchen hochgradig pathogen und findet sich regelmäfsig noch intra vitam auf der Oberfläche der Leber, er bildet hier stets längere oder kürzere Fäden. — Der Ödembacillus kommt durch eine Reihe von Eigenschaften dem „fäulniserregenden" Buttersäurebacillus sehr nahe, während er sich vom Rauschbrandbacillus fast in jeder Hinsicht unterscheidet. Von den vier untersuchten Stämmen verursachten, drei in Reinkultur Jungrindern injiziert, nur geringfügige lokale Erscheinungen, während der vierte Stamm ein Kuhkalb bei subcutaner Applikation in 60 Stunden tötete.

Götz-München.

Zur Bakteriologie der Noma, von D. Durante. (*Rif. med.* 1902. Bd. III. No. 11.) Die Arbeit läfst sich in dem Satze resumieren, dafs bis jetzt der spezifische Pilz der Noma nicht gefunden ist. Bei der Besprechung der Pathogenese der Affektion sind zwei Umstände in Betracht zu ziehen: der Allgemeinzustand des Patienten und der Reichtum der bakteriellen Flora. Nimmt aus irgend einem Grunde die lokale Resistenz der Gewebe ab, sind die Verteidigungsmittel des Organismus abgeschwächt, und hat die Virulenz der die Mundhöhle bewohnenden Mikroorganismen zugenommen, so kann es zur Gangrän der Mundschleimhaut kommen, wobei der Proteus vulgaris und die pyogenen Pilze am meisten zu befürchten sind. Praktisch läfst sich hieraus die Lehre ziehen, dafs bei heruntergekommenen Kindern der Hygiene der Mundhöhle besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist.

C. Müller-Genf.

Ein Fall von Noma auf beiden Seiten, von E. E. Laslett-Hull. (*Lancet.* 22. Febr. 1902.) Betraf einen 6½jährigen Knaben mit Lungenleiden. Exit. letal.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bakteriologische Untersuchungen in sieben weiteren Fällen von Noma, von Trambusti. (*Il Policlinico.* 1902. Heft 10.) Verfasser hat in dieser neuen Serie von Nomafällen eine ganze Reihe der verschiedensten Bakterien nachgewiesen; dreimal den von ihm in einem früheren Falle konstatierten und isolierten Bacillus; einen Pseudodiphtheriebacillus, konstant den Staphylococcus pyogenes aureus, und zwar in zahlreichen Kolonien, fast stets den Staphylococcus albus; id. den Streptococcus pyogenes; einmal den Proteus vulgaris, ein nicht pathogenes Blastomycet, die gelbe Sarcine, ferner eine Reihe anderer, nicht pathogener Bacillen und Kokken. Er schliefst

daraus, daſs die Noma nicht ihre Ursache einem bestimmten, spezifischen Mikroorganismus verdankt, weist aber auf die Konstanz des Vorkommens des Streptococcus hin. Der histologische Befund stimmt mit demjenigen der anderen Autoren überein.

C. Müller-Genf.

Über das Vorkommen von extragenitalen weichen Schankergeschwüren, von Karl Ullmann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 26.) Jeanselme hat zehn zweifellose Fälle von extragenitalen weichen Schankern gesammelt und fügte einen Fall hinzu, bei dem ein extragenitaler weicher Schanker am Knie neben dem genitalen bestand. Nach Inokulation und Bacillenbefund wurde die Diagnose gesichert. Die Bezeichnung „weich" will Verfasser gern beseitigt wissen; „Ulcus venereum" ist eine passende Benennung. — Des weiteren läſst sich derselbe über die Bedeutung des Ducrey-Unnaschen Bacillus aus, dessen ätiologische Beziehung zum Ulcus venereum er anerkennt. Interessant sind dann drei Fälle extragenitaler Ulcera, die ausführlich mitgeteilt werden. Im ersten Falle bestand neben einem Geschwür am Penis ein solches an der dritten Phalanx des rechten Zeigefingers, in dessen Sekret dann stets Ducrey-Unnasche Bacillen gefunden wurden. Der zweite Fall zeigte auſser einem Penisgeschwür ein Ulcus am rechten Ringfinger, der dritte am Nagelfalz des linken Daumens.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von weichem Schanker auf den Augenlidern, von V. Leitner. (*Orvosi-Hetilap.* 1902. No. 8. *Szemészet.* No. 1.) Die extragenitalen Infektionen der Augenlider sind ein relativ sehr seltenes Vorkommnis, und da sind es in erster Linie die syphilitischen Primäraffekte, welche bis jetzt zumeist veröffentlicht wurden, hingegen der weiche Schanker der Lider eine so seltene Affektion zu sein scheint, daſs selbst die neuesten Fachwerke keine Erwähnung davon machen. Verfasser beobachtete auf seiner Abteilung ein zehnjähriges Mädchen, bei dem auf dem linken unteren Augenlide ein 1 cm langes und 8 mm breites Geschwür sichtbar war, dessen Ränder steil und unterminiert waren. Dieses Geschwür erstreckte sich auch teilweise auf die Hautteile der Lidränder, dessen Basis mit gelblichem und fest anhaftendem Eiter belegt war. Ein ähnliches, kleineres Geschwür zeigte sich auch auf der korrespondierenden Stelle des oberen Augenlides. Drüsen in der Umgebung waren keine vorhanden. Verfasser schlieſst nun a posteriori von dem Verlaufe und dem guten Resultate der Jodoformbehandlung auf ein venerisches Geschwür. (Es ist allerdings schade, daſs sich Verfasser nicht auch die Mühe gab, auf Ducrey-Unnasche Bacillen zu untersuchen, nachdem er auf Diphtheriebacillen mehrmals untersuchte. Ref.)

A. Alpár-Alexandria.

Die antiseptische Behandlung des Schankergeschwürs, von Sinclair Tousey-New York. (*New York med. Journ.* 7. Aug. 1902.) Obwohl der Schanker, wie er an den Geschlechtsorganen und am Mastdarm vorkommt, eine virulent infizierte Wunde ist, glaubt T. doch, daſs er mit gewöhnlichen antiseptischen Mitteln leicht zu heilen ist. Er rühmt seine auf diese Überzeugung gegründete Methode als schmerzlos, das Geschwür heile damit rascher, und sekundäre Drüseneiterung sei beinahe unbekannt. Eine gesättigte Lösung von Kalium permanganatum (ca. 10 %ig), welche immer frisch herzustellen ist, wird mittels eines Wattebäuschchens auf die Wunde appliziert, eine Minute dort belassen und dann mit Wasserstoffsuperoxyd (auf Schleimhäuten mit drei Teilen Wasser verdünnt) abgewaschen. Schlieſslich wird auf das so gereinigte Geschwür ein Verband mit Borrows Lösung (Alaun 1,5, Plumb. acet. 7,5, Aq. ad. 180,0) gebracht und täglich vier bis fünf Tage lang mit dieser ganzen Prozedur fortgesetzt; nach dieser Zeit genügt Borsalbeapplikation. Bei Schankergeschwüren, welche im Mastdarm selbst oder in der Vagina liegen, wird die Schleimhaut nach der Behandlung mit Kalium permanganatum und Wasserstoffsuperoxyd mit Wasser gereinigt, ein Suppo-

sitorium von Kakaobutter mit 0,6 Borsäure eingelegt und damit bis zur Heilung fortgefahren. Diese streng antiseptische Behandlung des Schankergeschwürs gäbe weit bessere Resultate, als die Behandlung mit Ätzmitteln (welche wohl von den meisten Ärzten nicht mehr gehandhabt wird. Ref.). *Stern-München.*

Zur Behandlung des venerischen Geschwürs und der Lymphadenitis inguinalis, von J. G. Müller. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 17.) Verfasser empfiehlt die Verätzung der Geschwüre mit dem Hollaenderschen Heifsluftbrenner und Nachbehandlung mit Jodyloform (jodhaltiges Glutol). *F. Hahn-Bremen.*

Behandlung des venerischen Bubo, von A. Tozzi. (*Rivista med.* 1902. No. 11.) Verfasser behandelte zwei Fälle von Bubo bei weichem Schanker durch Incision und nachträgliches Auskratzen mit dem scharfen Löffel. In beiden Fällen wurden diese Eingriffe von starken Fieberbewegungen gefolgt. Da es sich in dem einen derselben aufserdem um einen gemischten Schanker handelte, kam es viel früher als gewöhnlich zum Ausbruche sekundärer Symptome; in dem anderen bildete sich eine eitrige Kniegelenksentzündung aus. Verfasser warnt deshalb vor einem Auskratzen beim Ulcus molle oder induratum, indem dadurch dem spezifischen Bacillus durch die Wandung des lädierten Bubo ein Tor nach der allgemeinen Zirkulation eröffnet wird. Der Bubo soll vielmehr einfach inzidiert und nachher wie ein einfaches septisches Geschwür behandelt werden. *C. Müller-Genf.*

Beiträge zur Kenntnis des Bubo inguinalis und dem Wert einiger Bubonenbehandlungsmethoden, von Axel Cedercreutz-Helsingfors. (*Ther. d. Gegenw.* Aug. 1902.) Verfasser stellt die Resultate, die auf der Breslauer Klinik von 442 Bubonen bei 371 Kranken erzielt wurden, in der Hauptsache folgendermafsen zusammen: In mindestens einem Siebentel aller Bubo inguinalis-Fälle kann die venerische Ursache nicht festgestellt werden. In etwa einem Sechstel aller Fälle von nach Ulcus molle entstandenen Leistenbubonen sind die Drüsenschwellungen bilateral. Sonst verteilen sich die nach weichem Schanker entstandenen Bubonen ziemlich gleich auf die beiden Seiten, mit einer geringen Bevorzugung der linken. — Die sogenannten abortiven Behandlungsmethoden sind zu unterlassen. Soweit wie möglich sind die Bubonen konservativ-exspektativ zu behandeln. Sehr empfehlenswert sind hierbei heifse Sandsäcke, Spiritusverbände (mit untergelegter Zinkpaste), essigsaure Tonerdeumschläge und in den allerersten Stadien Eisblasen.

Bei eingetretener Eiterung — und besonders in Fällen, wo nur eine einzelne Drüse vereitert ist — ist eine kleine Inzision mit nachfolgender Injektion von Argentum nitricum-Lösung, 1—2 %ig, oder — in den meisten Fällen noch lieber — Jodoformvaseline, 10 %ig, zu empfehlen. Etwa drei Viertel oder vier Fünftel der so behandelten Bubonen heilen ohne gröfsere operative Eingriffe. Die durchschnittliche Heilungsdauer dieser Fälle beträgt zwei Wochen. Als ultimum refugium ist die breite Inzision mit Auskratzung und Jodoformgazetamponade oder die Totalexstirpation der Drüsen vorzunehmen. Die durchschnittliche Heilungsdauer der so operierten Bubonen kann auf vier bis sechs Wochen geschätzt werden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Balneotherapie der Acne vulgaris, von Rudolf Steiner-Levico. (*Dtsch. Medizinal-Ztg.* 1902. No. 49.) Die meisten bisher geübten Behandlungsweisen der Acne vulgaris lassen sich zweifellos durch balneo-therapeutische Prozeduren ersetzen und zwar allgemeiner oder lokaler Natur (Schwitzprozeduren, Gesichtsdampfbäder, lokale Anwendung des Levico-Wassers, Baden in demselben), und namentlich lassen sich durch Verbindung der genannten Prozeduren mit der Massage des Gesichts Erfolge erzielen, welche mit den durch die medikamentösen und operativen Methoden erzielten sich getrost messen können, sich aber von denselben dadurch vorteilhaft

unterscheiden, daſs sie auf eine bequeme, billige, keine Schmerzen verursachende Weise zu erzielen sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Ätiologie der Akne, ein Versuch von Orlipski-Halberstadt. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 97.) Die Funktionsanomalien der Talgdrüsen und die entzündlichen Erkrankungen des Gewebes, welches Talgdrüsen und Haarbalgfollikel umhüllt, die man Akne nennt, haben zwei grundverschiedene, einander entgegengesetzte Entstehungsarten. Die eine ist eine äuſsere, die andere eine innere. Erstere entspricht Hebras idiopathischer Akne, sie wird durch rein äuſsere Ursachen hervorgerufen, wie sie z. B. entsteht infolge übermäſsiger Absonderung des Drüsentalges, oder die Teerakne, Paraffinakne, oder es sind tierische und pflanzliche Parasiten die Erreger (Acarus folliculorum). Bei der symptomatischen Akne spielt das Blut die „Rolle des Maklers", z. B. bei der Acne cachecticorum scrophulosorum. Es sind Gifte, die als Produkte des krankhaft veränderten Stoffwechsels, vielleicht auch abnormer innerer Sekretionen, im Blute kreisen und mit dem Blute die Talgdrüsen und ihre Umgebung reizen. Hierher gehört auch die Acne medicamentosa (Brom, Jod, Chlor).

Die häufigste Form ist die Akne der Pubertätsjahre: das alleinige Bindeglied zwischen ihr und dem Eintritt der Pubertät bildet das Blut. Die Akne beruht eben auf Blutanomalien, welche um diesen Wendepunkt des Lebens einzutreten pflegen, und wir sind wohl berechtigt, sie als eine aus inneren Ursachen entstehende und einer Blutintoxikation von den Geschlechtsorganen her ihren Ursprung verdankende zu bezeichnen, wie ja auch sonst Blutanomalien Hautveränderungen bewirken können (Pemphigus, Dermatitis herpetiformis, Pruritus und Urticaria der Nephritiker, Oxalurie, Furunkulosis). Die Bildungsstätte des die Pubertäts-Akne erzeugenden toxischen Agens stammt von den Geschlechtsdrüsen und ihren Adnexen, deren Tätigkeit um diese Zeit anfängt, lebhaft zu werden; es ist die sogenannte innere Sekretion, die hier in Betracht kommt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Externe Behandlung der Acne vulgaris, von Leredde. (*Gazette des Hôpitaux.* 1902. No. 35.) Verfasser führt eine groſse Anzahl von Formeln für Salben, Pasten etc. mit den speziellen Indikationen an. Bringt nichts neues. *C. Müller-Genf.*

Lichen ruber acuminatus bei einem dreijährigen Kinde, von Julius Heller-Charlottenburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 18.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 19. März stellt H. den seltenen Fall eines universellen Lichen ruber acuminatus bei einem dreijährigen Kinde vor, der es ihm klar macht durch seine ganzen Erscheinungen, daſs diese Krankheit mit der Pityriasis rubra pilaris identisch ist, eine Ansicht, die der früheren Auffassung H.s entgegensteht.

Bernhard Schulze-Kiel.

Bemerkungen über die Behandlung von Furunkulose, Sykosis und Akne mittels Injektionen einer Staphylokokken-Vaccine, von A. E. Wright-Netley. (*Lancet.* 29. März 1902.) Verfasser, der in Bezug auf die Inokulationsbehandlung des Abdominaltyphus umfassende Studien angestellt hat, berichtet hier über eine Serie von sechs Fällen der obengenannten Affektionen, bei denen er mittels Injektion einer aus Kulturen von Staphylococcus albus resp. aureus gewonnenen Vaccine sehr günstige Resultate erzielt hat, trotzdem einige Fälle schon von sehr langer Dauer (bis zu sieben Jahren) waren. Wegen der genaueren Einzelheiten muſs auf das Original verwiesen werden; es sei hier nur angedeutet, daſs die Vaccine hergestellt wurde durch Übertragung einer Reinkultur des vom Patienten gewonnenen Coccus auf Nährbouillon und Züchtung während drei Wochen bei 37°. Alsdann wurde durch Erhitzen auf 65° während 20 Minuten sterilisiert und ein Zusatz von 0,5% Lysol hinzugefügt. Von diesem Präparate wurden in Zwischenräumen von einigen Tagen oder Wochen zwei bis drei Injektionen zu je 1 ccm in die Weiche gegeben. Besonderes Gewicht

legt Verfasser darauf, dafs das Blut der Patienten auf seine Fähigkeit, das Wachstum der Staphylokokken zu hindern, vor und nach der Impfung geprüft werde, sowie auf die phagocytäre Energie des Blutes. Die diesbezüglichen eingehenden Untersuchungen sind in extenso mitgeteilt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Behandlung des Furunkels, von P. Desfosses. (*Presse méd.* 1902. No. 55.) Es ist zu unterscheiden die Behandlung des accidentellen Furunkels von jener des habituellen der Furunkulose. Erstere wird rein örtlich, letztere zugleich auch allgemein sein. Zur Coupierung des Prozesses gab Boinet 1865 Applikationen von Jodtinktur an. Dies Verfahren ist bei frühzeitiger Anwendung von präventivem Werte. Das gleiche gilt für 90%igen Alkohol. Für vorgeschrittenere Fälle empfahl Verneuil die Bestäubungen mit 2%igem Karbolwasser; der Spray ist täglich anzuwenden und zwar in mehreren Sitzungen von im ganzen zwei Stunden Dauer. Nur die furunkulöse Partie bleibt dabei unbedeckt. Die Lösung des Karbolwassers mufs lauwarm sein, die Länge des Strahls etwa 30—40 cm. Gegen die Spannung und den Schmerz verordne man 4—5stündig zu erneuernden Sublimat-Priessnitz (1 : 2000). Ist der Furunkel reif, so ist ein Bistouri-Schnitt angezeigt. Im Gesicht darf der entspannende Schnitt früher gesetzt werden. Innerlich gebe man leichte Abführmittel und Bierhefe. Frühere Autoren griffen zur internen Darreichung von B-Naphtol und Wismuthsalicylat (Le Gendre) oder zum Schwefel (Gingeot) oder zu Teerpräparaten, Alcalinis und Arsenik (Hardy). Heutzutage gilt die Bierhefe als ein Specificum gegen Furunkulose. *Hopf-Dresden.*

Die abortive Behandlung des Furunkels (Karbunkels) mit Hilfe subcutaner Desinfektion, von A. Bidder-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 18 u. 19.) Verfasser bringt seine bereits im Jahre 1887 mitgeteilte Abortivbehandlung der Furunkel wieder in Erinnerung. Das Verfahren besteht in der einmaligen Injektion 2—3%iger Karbolwasserlösung mittels Pravazscher Spritze, und zwar wird die Kanüle von der Randzone des Furunkels schief durch das infiltrierte Gewebe bis in das Zentrum vorgeschoben, nach Injektion einiger Tropfen wieder herausgezogen, am entgegengesetzten Ende von neuem eingestochen; durch diesen zweiten Stichkanal wird der weitere Inhalt der Spritze injiziert. Bei grofsen Furunkeln (Karbunkeln) sind vier Einstichstellen nötig. Bald nach der Injektion treten ziemlich intensive Schmerzen auf, die einige Stunden andauern können. Dann aber folgt die „zauberhafte" Wirkung. Der infektiöse Prozefs wird in jedem Stadium zum Stillstand gebracht; im Anfangsstadium wird sogar das Entstehen der für den Prozefs charakteristischen Gewebsnekrose verhindert, während in späteren Stadien weiterer Nekrose vorgebeugt und das schon Abgestorbene zu schneller Lösung und Abstofsung gebracht wird. Die Vernarbung erfolgt sehr rasch; die Art der Nachbehandlung ist von nebensächlicher Bedeutung. Bei Panaritien empfiehlt sich die Anwendung der Injektionen nicht. (Verfasser hat diese zweite Veröffentlichung erfolgen lassen, weil seine erste Empfehlung kaum beachtet worden sein soll. Das ist nicht der Fall. Thimm erwähnt die Methode in seiner „Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten", und Jarisch bemerkt von ihr in seinen „Hautkrankheiten", dafs sie allerdings geeignet sei, eine wesentliche Abkürzung des Verlaufes herbeizuführen; ihre Wirkung sei aber so unsicher und ihre Schmerzhaftigkeit so grofs, dafs sie sich nicht einzubürgern vermocht habe. Ref.) *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die abortive Behandlung des Furunkels (Karbunkels) mit Hilfe subcutaner Desinfektion, von Trenité-Haag. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 28.) In einen mäfsig grofsen Furunkel spritzt man eine halbe bis eine ganze Pravaz-Spritze Pyoktanin 1 : 500, in einen Karbunkel entsprechend mehr. Man sticht in gesunde

Haut ein und führt die Nadel im Furunkel herum, überall etwas Lösung hinlegend, bis alles blau ist. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Einige klinische Charaktere des Erysipels, von PHILIP B. NEWCOMB-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Mai 1902.) Von zehn Fällen, welche Verfasser in den letzten vier Monaten beobachtete, betrafen sieben Kinder im Alter von 27 Tagen bis zu einem Jahre, der Rest Erwachsene. Nur ein einziger dieser Fälle ging in Heilung über, was einer Mortalität von 90 % entspräche und Erysipel zu den gefährlichsten Krankheiten machen würde. Zwei der Fälle boten in ätiologischer Beziehung besonderes Interesse, indem keine äufserliche Verletzung als Eingangspforte für das Erysipelgift gefunden werden konnte, und der eine dieser beiden Fälle das Beispiel einer Ausdehnung der Krankheit von innen nach aufsen (von einer vergröfserten Halslymphdrüse aus) darstellen soll. Der Verlauf der Erysipel-Infektion war beinahe stets ein sehr rapider, in 18 Stunden bis höchstens $2^1/_2$ Tagen trat der Tod ein. Die Mortalität zeigt, dafs die Behandlung von geringem Wert ist. Bei den drei Erwachsenen war der Verlauf ein weniger rapider, 48 Stunden bis zu sechs Tagen; einer dieser Patienten, eine 60jährige Frau, welche gleicherweise wie die anderen mit einer Mischung von Kampfer und Karbolsäure lokal behandelt wurde, war der einzige dieser zehn Fälle, welcher mit dem Leben davonkam. Einige der Fälle wurden auch mit Antistreptokokken-Heilserum behandelt, jedoch ohne Erfolg (s. Temperaturkurven). Es sei noch erwähnt, dafs Ichthyol (als Ichthyolresorcinsalbe) von allen Mitteln sich am geeignetsten erwies, die weitere Ausdehnung des Entzündungsprozesses zu verhüten.

Stern-München.

Über die Beziehungen zwischen Menstruation und Erysipel, von JERUSALEM. (*Wien. klin. Rundsch.* 1902. No. 46.) Von 119 weiblichen Kranken im geschlechtsreifen Alter, die an Erysipel erkrankten, hatten 62 (= 52,1 %) gerade die Menstruation. Es handelte sich fast durchweg um von der Nase ausgehende Gesichtserysipele. Bei Frauen mit ungleichmäfsiger Menses oder Amenorrhoe kann man auch oft konstatieren, dafs das Erysipel zu der sonst kritischen Zeit auftritt. Verfasser veranschlagt den Prozentsatz der Coincidenz noch weit über 70 %. Bei 18 weiblichen Kranken mit sonst nicht ursächlich erklärten Erysipelrezidiven fielen diese stets mit den Menses zusammen. Ein 17jähriges Mädchen machte acht Erysipelerkrankungen in acht Lunarmonaten durch, während die Genitalblutungen ausblieben. Ähnliche Fälle haben schon andere Autoren gesehen. MASSALONGA nimmt an, dafs latent vorhandene Streptokokken durch die periodisch wiederkehrenden vasomotorischen Veränderungen in der Nase an Vitalität und Virulenz gewinnen. FLIESS nimmt bekanntlich auch bei Männern periodisch wiederkehrende biologische Vorgänge an, die meistens den 23tägigen Typus aufweisen. Verfasser will bei acht Männern mit Erysipelrezidiven konstatiert haben, dafs auch diese typische Intervalle zeigten. Jedenfalls sind vasomotorische Vorgänge in der Nase von Bedeutung, was prophylaktisch zu beachten ist. — Therapeutisch ist die Wärmebehandlung am meisten zu empfehlen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Bakteriologie des Erysipels, von G. E. PFAHLER-Philadelphia. (*Philad. Med. Journ.* 19. April 1902.) Bei 98 Fällen von Erysipel fand Verfasser Diplokokken, sowohl im Inhalt von Erysipelblasen, wie in dem Blut, das aus der entzündeten Haut gewonnen wurde. Sie liefsen sich auf künstlichem Nährboden weiterzüchten, erzeugten bei Kaninchen, subcutan eingeimpft, Erysipel und konnten aus den erkrankten Geweben der Impftiere wiedergewonnen werden. Es waren kugelförmige Kokken, ungefähr von dem Aussehen der Pneumokokken, gewöhnlich paarweise, oft auch einzeln gelagert. Sie finden sich sowohl aufserhalb wie innerhalb von Leukocyten. Gut färben sie sich mit Anilingentianaviolett, Karbolfuchsin und, nach GRAM, nicht

gut mit Löfflerschem oder wässrigem Methylenblau. Sie wachsen bei Sauerstoffzutritt und bei Zimmertemperatur, aber besser bei 31 ° C. Bouillon wird durch Kulturen nach 12 Stunden getrübt; auf Glycerinagar bilden sich nach 24 Stunden kleine opake Kolonien von Stecknadelkopfgröfse und weifslicher Farbe, die nach 5—6 Tagen scharf abgegrenzt sind. Gelatine wird nicht verflüssigt, auch tritt keine Gasbildung auf. — Verfasser hält diese Diplokokken für die häufigste Ursache des Erysipels. *Levor-Frankfurt a. M.*

Über eine Methode der Erysipelbehandlung, von S. Tregubow-Charkow. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 27.) Die Methode besteht darin, dafs die von Erysipel befallenen Stellen der Einwirkung der Flamme bis zum Auftreten einer Verbrennung ersten Grades ausgesetzt werden mittels eines kleinen mit Spiritus getränkten, brennenden Wattebäuschchens, welches man in Abstand von 1 cm um die Haut herumführt, bis Schmerz eintritt. Die Sitzung mufs zwei- bis dreimal täglich wiederholt werden. Meist ist in zwei Tagen Erfolg erzielt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über einen erfolglos mit Streptokokken-Serum behandelten Fall von Erysipel, von J. Denys. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 17.) Der Verfasser schliefst an einen von Lust berichteten Fall negativen Erfolgs mit Streptoserum bei Rose an. Es war der Fall eines einjährigen Kindes, dessen Erysipel sich an die Impfstelle angeschlossen hatte, und bei dem im ganzen 70 ccm Serum eingespritzt worden waren, ohne dafs sich Erfolg gezeigt hätte. Die Entzündung schritt unbehindert weiter, das Kind starb. Im Lauf der Krankheit zeigte sich eine auffallende Anämie, welche möglicherweise mit der Wirkung des Serums auf die roten Blutkörperchen zusammenhing. Auch er beobachtete einen ähnlichen Fall, bei welchem eine von der Gebärmutter nach der Entbindung ausgehende Peritonitis durch dreimalige Injektion von 100 ccm Serum unbeeinflufst blieb. Erst als im ganzen 400 ccm einverleibt waren, besserte sich der Zustand der Kranken. Verfasser rät, bald einzuspritzen und zwar in die betreffende Körperhöhle direkt hinein. *Hopf-Dresden.*

Zur Kenntnifs der kongenitalen Elephantiasis, von L. Bernhard und M. Blumenthal. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 50.) Verfasser berichten ausführlich über einen einschlägigen Fall und fassen die bemerkenswerten Punkte dahin zusammen:

1. Es handelt sich um einen der seltenen Fälle von kongenitaler angeborener Elephantiasis, die äufserlich dem Bilde der erworbenen Elephantiasis gleichen.

2. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dafs neben der diffusen fibromatösen Wucherung des Bindegewebes auch Lymphangiektasien kleinsten Umfanges in zahlreicher Menge vorhanden sind.

3. Ohne mikroskopische Untersuchung ist in Fällen wie dem vorliegenden eine Charakterisierung der Elephantiasis nicht möglich.

4. Die vorhandenen Furchungen sind keine amniotischen, sondern entsprechen den normalen Anhaftungsstellen der Fascien oberhalb der Gelenke.

5. Ätiologisch kommen weder Heredität noch entzündliche Prozesse in Betracht, ebensowenig ergab die bakteriologische Untersuchung der Gewebssäfte der elephantiastischen Teile ein positives Resultat.

6. Vielmehr bleibt uns nur die Auffassung des Prozesses als angeborene Geschwulstbildung (Lymphangioma) übrig, die vielleicht ihren Grund in einem Bildungsfehler des Saftbahnsystems hat. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die lymphangiektatische Elephantiasis, von L. Fiocre. (*Thèse Paris.* 1901. Nach *Journ. d. pratic.* 1902. No. 29.) Der Verfasser teilt die Ursachen der lymphangiektatischen Elephantiasis oder Elephantiasis Arabum in drei Kategorien ein: 1. die

parasitäre (Filaria), 2. die toxisch-infektiöse (Elephantiasis infolge wiederholter Entzündungen der Lymphgefäfse der Haut, insbesondere infolge von retikulären Lymphangitiden und rezidivierenden Erysipelen), 3. die mechanische (Behinderung des Lymphabflusses durch Kompression der Lymphdrüsen oder plötzliche Veränderung der Lymphzirkulation durch Entfernung einer Lymphdrüsengruppe). — Die Schilderung der Symptome, der Diagnose und der Therapie bringt nichts neues.

Götz-München.

Ein Fall von Elephantiasis scroti et penis, von Vernescu. (*Rivista de Chirurgie.* 1902. No. 3.) Die Affektion dauerte bei dem 30jährigen Manne seit zwei Jahren. Der Patient war beim Rapsdreschen beschäftigt, als er sich plötzlich unwohl fühlte, Fiebererscheinungen zeigte und in der Weichengegend und im Scrotum Schmerzen verspürte. Bald danach begannen Hoden und Penis zu schwellen, und im Juni 1902 bildete das Scrotum einen runden Tumor von 50 cm Umfang. Bei der Operation wurde aus dem Hoden ein über 500 gr und aus dem Penis ein 250 gr schweres Stück Haut exzidiert. Die Blutung war eine starke und machte die Operation sehr mühsam.

C. Müller-Genf.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Behandlung der bösartigen inoperablen Geschwülste mit Erysipel und mit den Coleyschen Toxinen, von Matagne. (*Ann. policlin. centr.* 1902. No. 8.) Verfasser stellt zunächst aus der Literatur die Fälle zusammen, in denen bösartige Geschwülste durch zufälliges Hinzutreten von Erysipel geheilt wurden, bespricht dann die Versuche, die gemacht wurden, Erysipel-, Carcinom- oder Sarkomkranken zu inokulieren. Die Gefahren dieses Vorgehens führten dazu, statt des Erysipeleiters die Einspritzung von Toxinen (Erysipeltoxine und gemischte Toxine), sowie von Erysipelserum zu versuchen. Besonders aussichtsreich erwies sich die Anwendung der Coleyschen gemischten Toxine. Coley hatte sich die Wahrnehmung Rogers zu nutze gemacht, dafs die Sekretionsprodukte des Mikrococcus prodigiosus die Widerstandsfähigkeit der Tiere gegenüber den Erregern gewisser infektiöser Krankheiten vernichten und durch Vermischung von Erysipeltoxin mit dem des Mikrococcus prodigiosus die Virulenz des Toxins bedeutend erhöht. Den bisher veröffentlichten Beobachtungen über die Wirksamkeit der Injektionen fügt Verfasser 17 eigene Fälle hinzu und kommt schliefslich zu folgenden Ergebnissen: Das Verfahren ist nur bei nicht mehr operablen Tumoren anzuwenden. Die verschiedenen Formen der Sarkome reagieren verschieden auf die Toxine; Spindelzellensarkome sind am besten zu beeinflussen, in der Hälfte der Fälle ist Heilung erzielt worden; weniger günstig ist der Erfolg bei den Rundzellensarkomen, noch ungünstiger bei den Osteo- und Chondrosarkomen, die Melanosarkome wurden in keinem Falle beeinflufst. Die Resultate bei der Carcinombehandlung sind bisher wenig ermutigend; bei den Plattenepitheliomen scheint das Verfahren noch am ehesten empfehlenswert zu sein, namentlich wenn sie im Gesicht lokalisiert sind. Im übrigen sind die Injektionen in verzweifelten Fällen nur als Palliativmittel zu betrachten, sind allerdings nicht selten von besonderem Wert, da sie häufig die Schmerzen verringern, Ödeme zum Schwinden bringen, Blutungen stillen, auch wohl die Carcinomgeschwulst selbst verkleinern.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Carcinomliteratur, bearbeitet von Anton Sticker-Frankfurt a. M. 1903. No. 1 und 2. Die bisher in der *Deutschen Medizinal-Zeitung* gebrachten zerstreuten Berichte

über die Carcinomliteratur sollen nunmehr als gesonderte Beilage des erwähnten medizinischen Journals erscheinen. Damit wäre eine Quelle geschaffen, welche über sämtliche Erscheinungen dieser speziellen Frage fortlaufende genaue Berichte bringt. HENRY MORRIS-London sieht in der Beleuchtung nach FINSEN die beste Behandlungsmethode des Ulcus rodens. Er fordert sogar auf, auch operable Fälle auf diese Weise therapeutisch anzugreifen, da der Erfolg sicher und der kosmetische Effekt prachtvoll ist. PINI-Bologna hat acht Sarkome der Haut eingehend mikroskopisch untersucht. Nur in einem Falle gelang es, endocelluläre Körperchen zu konstatieren, die der Färbung und Morphologie nach den Blastomyceten sich gleichstellen liefsen. Extracelluläre Blastomyceten wurden nicht gefunden. Auf die wirklichen Sarkome hält er die SAN FELICEsche Theorie von der Fähigkeit der Blastomyceten, malignen Tumoren ähnliche Veränderungen zu erzeugen, nicht für anwendbar. Die Serumbehandlung der Sarkome verspreche wenig Erfolg. Auch LUBARSCH-Posen stellt die These auf, dafs wir bis jetzt keine Parasiten kennen, die echte Neubildungen hervorzubringen vermöchten. SCHMEISSNER-Volkach untersuchte die sogenannten Keratohyalin-Granula in Hautkrebsen. Nach ihm stehen dieselben mit der Verhornung selber nicht in Zusammenhang. TERTERJANZ-Mirischen berichtet über fünf Fälle von Xeroderma pigmentosum KAPOSI in zwei verwandten Familien. In vier Fällen, die operiert wurden, stellten sich bis zur Zeit der Veröffentlichung des Berichts, d. h. bis drei Monate nach der Operation, Rezidive nicht ein. Von den bisher beschriebenen Fällen der Krankheit betrafen 24 % jüdische Individuen. Auch die oben beschriebenen fünf Mädchen waren Jüdinnen. Ihre Väter waren Brüder, ihre Mütter Schwestern.

Hopf-Dresden.

Hautangiome und deren Bedeutung bei der Diagnose maligner Neubildungen: eine statistische Studie, begründet auf nahezu 400 beobachtete Fälle, von DOUGLAS SYMMERS-Philadelphia. (*Med. News.* 27. Dez. 1902.) Diese, zuerst von LESER aufgeworfene und in positivem Sinne beantwortete Frage wird hier auf Grund der 400, die verschiedensten Krankheiten betreffenden Fälle ebenso wie von GEBELE, RAFF u. a. dahin entschieden, dafs ein bestimmter Zusammenhang zwischen Hautangiomen und Carcinom nicht bestehe, und dafs ersteren eine diagnostische Bedeutung bezüglich der letzteren nicht zukomme. Das ist jedoch aus der vorliegenden, wie auch den früheren statistischen Zusammenstellungen ersichtlich, dafs Hautangiome eine sehr häufige Begleiterscheinung der späteren Lebensjahre (der abnehmenden Kraft) sind und sowohl bei jugendlichen wie älteren Personen wahrscheinlich irgend eine Form ausgeprägter Arterienerkrankung (meist Arteriosklerosis) anzeigen. ROSENBAUM war bezüglich der mangelnden Bedeutung der Hautangiome für Carcinom in einer Publikation der *Münch. med. Wochenschr.* (22. April 1902), welche sich ebenfalls auf 400 Fälle stützte, zu denselben Schlüssen wie SYMMERS gekommen.

Stern-München.

Die Ätiologie des Krebses, von A. TH. BRAND. (*Brit. med. Journ.* 26. Juli 1902.) Der Verfasser bespricht zunächst die speziellen Ursachen, welche man für die Entstehung des Krebses hat verantwortlich machen wollen, weiter die zur Erklärung der Ätiologie aufgestellten Theorien, die Rolle, welche die konstante Irritation, die Infektion, die Disposition, Heredität spielen. Das Thema wird nach jeder Richtung hin klar und erschöpfend behandelt. *C. Berliner-Aachen.*

Beobachtungen über Hautkrebs nebst Bemerkungen über seine Behandlung mit Kauterisation und Exzision, von L. J. HAMMOND-Philadelphia. (*Internat. med. Mag.* Nov. 1902.) Bei der Beschreibung der klinischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse der Hautcarcinome folgt H. im wesentlichen KAPOSI, mit dem er eine oberflächliche, eine tiefe und eine papillomatöse Form unterscheidet. Als

prophylaktische Mafsregel empfiehlt er Entfernung von Warzen, Mälern und Talganhäufungen. Für die oberflächliche Form des Carcinoms eignet sich nach ihm jedes Mittel, das das erkrankte Gewebe beseitigt, so Acid. pyrogall., Argentum nitricum, Arsenpaste. Verfasser bevorzugt den scharfen Löffel, nach dessen Anwendung gründlich mit Acid. nitricum geätzt wird, besonders auch an den Rändern. Die Wunde wird sodann mit einem trockenen Gazeverband bedeckt, der eine Woche liegen bleibt. Dann wird der Schorf mit Sublimatlösung heruntergespült und die ganze Fläche nochmals mit Salpetersäure geätzt und trocken verbunden. Hat sich nach einer weiteren Woche der Schorf wieder abgestofsen, so bedecken gesunde Granulationen den Grund, und die weitere Heilung erfolgt unter Zinksulfatsalbe. Bei den tiefer sitzenden Carcinomen ist die Exzision als sicherste Methode vorzuziehen.

M. Levor-Frankfurt a. M.

In der Sitzung vom 30. Januar 1902 der Gesellschaft der Charité-Ärzte stellt Kayser (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 36) einen Fall von **Cancer en cuirasse** vor, dessen Diagnose von Lesser bestätigt wird. Eine ausführliche Krankengeschichte erläutert den Fall. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Epitheliom des Ohres und des Gehörganges, von Thomas R. Pooley-New York. (*New York med. Journ.* 26. Juli 1902.) Fälle von Epitheliom des äufseren Ohres sind relativ selten, zumal solche, bei denen vollständige Heilung eingetreten ist, wie in dem vorliegenden Falle. Es handelte sich hier um einen 58jährigen Mann, bei welchem die Affektion etwa fünf Jahre früher mit einem Knötchen am Ohr begonnen hatte, das allmählich zu einem Geschwüre sich umwandelte und mit verschiedenen Salben und Ätzmitteln behandelt worden ist. Die Geschwulst safs am oberen Teil des Helix, gerade um den Anthelix herum, umfafste Concha, Tragus und Antitragus, ragte in den Gehörgang hinein und war ungefähr 1$^1/_2$ cm lang und 2 cm breit. Die ganze Geschwulst wurde im Gesunden exstirpiert (Beschreibung der Operation), und die Heilung ging so glatt vor sich, dafs Patient schon acht Tage später entlassen werden konnte. P. sieht dies als die einzige rationelle Behandlungsart des Ohrepithelioms an; nur wenn dies nicht oder nicht mehr möglich ist, sollten wir zu Höllenstein, Zinksalben, Applikation von rauchender Salpetersäure, Kauterisation, Anwendung der X-Strahlen u. a. greifen. Wird das Epitheliom des Ohres nicht zur rechten Zeit exstirpiert, so liegt die Gefahr nahe, dafs es auf den knöchernen Schädel, auf den Nacken, Gehörgang und Mittelohr übergreift. *Stern-München.*

Ein Fall von Epitheliom als Komplikation von Lupus erythematodes. Heilung durch Röntgenstrahlen nach Kurettieren, von G. G. Stopford Taylor-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 3. Mai 1902.) Der 59jährige Hafenarbeiter kam zuerst 1892 wegen eines typischen schmetterlingsförmigen Lupus erythematodes der Nase und Wange in Behandlung. Gleichzeitig trug er an der Unterlippe ein enormes Epitheliom, welches erfolgreich operiert wurde. Im Jahre darauf kam er wieder mit einem Epitheliom der Nase, verschwand aber bald aus der Beobachtung und kam erst 1901 wieder. An der Nase sah man ein grofses, blumenkohlartiges Gewächs und Lupus sowohl der Nase, als auch der Unterlippe. Das Gewächs wurde kurettiert und die Stelle mit gutem Erfolg (nach zeitweiligem Mifserfolg) mittels X-Strahlen behandelt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung eines Falles von Epitheliom mit Metarsol, von Montefusco. (*Giorn. intern. delle Scienze med.* 1902. No. 18.) Es handelt sich um eine 76jährige Patientin mit einem inoperablen Epitheliom des Zungengrundes. Voluminöse Lymphdrüsenschwellungen am Unterkiefer und im Nacken; beginnende Kachexie. Nach 20 erfolglosen Injektionen von Eisenarseniat wurden subcutane Injektionen von Natriumkakodylat gemacht (5—30 cg pro die). Das Resultat war ein auffallend günstiges

das Allgemeinbefinden wurde rasch gehoben, und es trat Vernarbung ein. Nun wurde die Behandlung mit Injektionen von Metarsol Bouty fortgesetzt. Die Wirkung dieses Präparates erwies sich als besonders günstig auf das Allgemeinbefinden, während die lokalen Verhältnisse weniger beeinflufst wurden; die Lymphdrüsen erweichten, und der Abscefs perforierte nach aufsen. Nach $1^1/_2$ Jahren befand sich die Patientin in den denkbar günstigsten Verhältnissen, besonders was den allgemeinen Zustand anbelangt.

C. Müller-Genf.

Die Behandlung des Hautepithelioms mit den Röntgenstrahlen. (*The Therapeutic Gazette.* 1902. No. 3.) Pfahler-Philadelphia hat vier Fälle nach dieser Methode behandelt und drei vollständige Heilungen erzielt; in dem vierten Falle mufste die Behandlung wegen einer Psychose — Rezidiv — unterbrochen werden. Andere Autoren haben ähnlich günstige Resultate verzeichnet. Da, wo es nicht zur vollständigen Heilung kommt, konstatiert man immerhin eine bedeutende Besserung, indem die Schmerzen und der Umfang des Tumors abnehmen und das Allgemeinbefinden gehoben wird.

C. Müller-Genf.

Lesser stellt in der Sitzung vom 30. Januar 1902 der Gesellschaft der Charité-Ärzte (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 36) einige Fälle von **Ulcus rodens** vor und spricht dann über dieses nicht sehr seltene Leiden, für dessen Behandlung er die Ätzung mit dem Argentum nitricum-Stift für sehr zweckmäfsig hält, während bei anderen Carcinomen, auch z. B. bei der **Pagets Disease**, nur chirurgische Mafsnahmen zur Heilung führen. Dem widerspricht Martens, der in allen Fällen stets für sofortige Operation ist, während Lesser in seinem Schlufswort nochmals betont, dafs in leichten Fällen der Ätzstift genügt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zwei Fälle von Ulcus rodens, von Asselbergs. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 23.) Unter 61 Fällen von Epithelkrebsen, welche dem Verfasser in den letzten sechs Jahren vorgekommen sind, fand sich das Ulcus rodens 18 mal, und zwar 11 mal bei Frauen, 7 mal bei Männern. Das mittlere Alter der Kranken war 63 Jahre. Der jüngste der Kranken war 38 Jahre alt. In vorliegender Abhandlung wird über zwei Kranke mit Ulcus rodens berichtet, eine 63jährige und eine 84jährige Frau. Im ersteren Fall sind der rechte Nasenflügel, rechte Wange und Oberlippe ergriffen. Die Dauer des Bestehens betrug 18 Jahre. Fast völlige Heilung erfolgte unter Arsenmedikation nach Czerny, bei der Zeichen von Rezidiven, nach einem Jahre. Im zweiten Falle ist die Affektion von erschreckender Ausbreitung. Die ganze Schläfengegend, ein Teil der Stirn und der Augenlider ist ergriffen. Allgemeinbefinden trotz Cancroid nnd Alters gut. Keinerlei Drüsenmetastasen, noch Kachexie.

Hopf-Dresden.

Die Pathologie und Therapie des Ulcus rodens, von J. Mc Feely-Dublin. (*Brit. med. Journ.* 8. Nov. 1902.) Der Verfasser erörtert zunächst die Frage: „Ist das Ulcus rodens ein reines, einfaches Hautepitheliom?"

Zweifellos sind gewisse Unterscheidungsmerkmale vorhanden:

1. Das Ulcus rodens ist wesentlich eine lokale Krankheit und macht keine Metastasen.

2. Läfst man es selbst ganz unbehandelt, so heilt es oft nach einer Richtung ab, während es nach der anderen langsam, aber stetig fortschreitet.

3. Es zeigt, wo der Prozefs Fortschritte macht; eine ausgesprochene Neigung, die Haarfollikel zu vermeiden. Das berechtigt zu der Vermutung, dafs es vielleicht eine Vorliebe für besondere Gewebe oder Zellen zeigt.

4. Die für das Ulcus rodens fast pathognomonische Exsudation scheint die Neigung zu haben, eine Art von Autoinfektion hervorzurufen, da der Prozefs sich so häufig dort fortsetzt, wo das Exsudat stärker vorhanden ist.

5. Während Caustica, auf wirklich carcinomatöse Gewächse appliziert, sehr oft

eine Verschlimmerung hervorrufen, wird der Prozeſs bei Ulcus rodens im Gegensatze dazu häufig verlangsamt.

6. Endlich sind auch histologische Unterschiede vorhanden.

Therapeutisch wirkt der Elektro- oder der Thermokauter, wo er sich applizieren läſt, am besten.

Von Medikamenten, die als Ätzmittel eine gute Wirkung ausüben, sind zu erwähnen der Höllenstein, das Chlorzink, das Salicylcollodium.

Der Verfasser berichtet über einige mit Erfolg behandelte Fälle.

C. Berliner-Aachen.

Anwendung von Röntgenstrahlen bei vier Fällen von Ulcus rodens, von J. W. Pugh-Brighton. (*Brit. med. Journ.* 12. April 1902.) Bei allen vier Fällen wird der Erfolg als sehr befriedigend geschildert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von sogenannter Psorospermosis follicularis cutis (Darier) in der zweiten Generation, von Ehrmann. (*Wien. med. Presse.* 1901. No. 46.) Patient ist 30 Jahre alt, seine Erkrankung datiert seit acht bis neun Jahren in Form von stecknadelkopf- bis hirsekorngroſsen Knötchen, die im Nacken und in der Lendengegend ein breiteres Terrain einnahmen; Farbe von dunkelrot bis zu braunrot. Nach Applikation von Lebertran äuſserlich und innerlich schwanden die Knötchen im Verlaufe von einigen Wochen mit Hinterlassung von ephelidenartigen Pigmentierungen. Als bemerkenswerte Begleitsymptome bestanden skrophulöse Abscesse der Drüsen und Narben nach solchen. Die Untersuchung der exzidierten Knötchen zeigte übereinstimmend das Bild, wie es von allen Autoren als charakteristisch für die von Darier aufgestellte Form von sogenannter Psorospermosis beschrieben wurde. Verfasser sah auf der Klinik von Janowsky einen Fall von Psorospermose, der diesem Falle je länger, je mehr ähnlich wurde. Wie es sich nun herausstellte, war der Janowskysche Fall (veröffentlicht im *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894 von Mourek) der Vater dieses Kranken. Bei jenem begann die Erkrankung in seinem 20. Lebensjahre auf dem Mons veneris, ferner waren in der letzten Phase seiner Erkrankung die Inguinalbeugen in hohem Grade erkrankt, während bei seinem Kranken an dieser Stelle nur verhältnismäſsig wenige Knötchen vorhanden sind. Die Erkrankung des Vaters hatte durch die Lokalisation in der Leistenbeuge einen anderen Charakter gewonnen. Sie war viel ähnlicher den breiten Condylomen oder dem Pemphigus vegetans; sonst war die Hautaffektion, wenn auch in ausgebreitetem Maſse, auf dieselbe Stelle lokalisiert und auch genau so beschaffen wie beim Sohne. Verfasser erörtert nun zwei Fragen: die Ätiologie und den allgemeinen pathologischen Charakter der Erkrankung, sowie die Heredität. Bezüglich der ersteren fällt hier auf das Zusammentreffen mit skrophulösen Drüsen. Der Vater negierte zwar jede Erkrankung in der Familie, hatte aber noch zwei andere Kinder, die deutliche Symptome der Tuberkulose hatten, andere sieben Kinder sind ihm im frühen Alter gestorben. Verfasser hält es nun begründet, einen Zusammenhang beider Prozesse zu vermuten, wenn auch keinen direkten, so doch einen indirekten. In Bezug auf die zweite Frage, nämlich die Erblichkeit, verweist Verfasser auf den Fall von Boeck, bei welchem ein Vater mit zwei Söhnen erkrankt ist; dies ist der zweite Fall, bei welchem die Krankheit in der zweiten Generation sichergestellt ist. Verfasser ist nun der Ansicht, daſs es sich hier nach dem jetzigen Stande der Erfahrung um wirkliche Vererbung, also Übertragung von Sperma auf die Nachkommenschaft, und nicht um Infektion handle, da bei der geringen Anzahl von Fällen, die bis jetzt bekannt sind, zwei Fälle in der zweiten Generation schon sehr ins Gewicht fallen und bisher nirgends etwas über eine Miterkrankung der Ehehälfte oder der Mitbewohner bekannt ist. *A. Alpár-Alexandria.*

b. *Benigne.*

Kontagiöse Tumoren bei Hunden, von Ch. P. WHITE-Leeds. (*Brit. med. Journ.* 19. Juli 1902.) Der Verfasser beschreibt die Tumoren als Gewächse, die eine warzige Beschaffenheit haben, sich an den Genitalorganen von Hunden entwickeln, überaus infektiös für Hunde sind, Metastasen bilden, einzeln oder multipel, gestielt oder diffus auftreten, ein langsames Wachstum und eine grofse Persistenz zeigen, häufig spontan verschwinden und histologisch sich als Lymphosarkom erweisen, ohne jedoch die Malignität der Sarkome beim Menschen zu besitzen. *C. Berliner-Aachen.*

Benignes Epithelioma cysticum; Bericht über zwei Fälle mit ungewöhnlichen Erscheinungen, von M. B. HARTZELL-Philadelphia. (*Amer. Journ. med. scienc.* Sept. 1902.) I betraf eine 80jährige Frau, bei welcher die auf der Stirn lokalisierte talergrofse, aus mehreren Knötchen zusammengesetzte Läsion etwa sechs Jahre schon bestanden hatte.

II handelte sich um eine 38jährige Krankenpflegerin und bestand aus zahlreichen, an Brust und Rücken lokalisierten, etwa markstückgrofsen Knoten. Namentlich ungewöhnlich war bei beiden eine narbenförmige Atrophie an verschiedenen Stellen, welche unabhängig von allen therapeutischen Eingriffen sich entwickelt hatte; ferner aber sind bemerkenswerte Punkte bei dem einen Fall das hohe Alter der Patientin, das zirkumskripte Auftreten und auch die Geschwürsbildung, die stellenweise auftrat. Ähnliche klinische Erscheinungen, obgleich anatomisch ganz verschieden, verursachen, wie H. darlegt, die drei Affektionen: Epithelioma cysticum benignum, Cystadenoma und Haemangio-Endothelioma. Die einschlägige Literatur ist eingehend berücksichtigt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Untersuchungen über das Epithelioma contagiosum des Geflügels, von E. MARX und ANTON STICKER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 50.) Die Versuche führen bisher zu folgenden Schlüssen:

1. Das Virus der Geflügelpocke gehört in die Gruppe der filtrierbaren Krankheitserreger.

2. Keiner der bisher als Erreger der Geflügelpocke beschriebenen Parasiten kommt demgemäfs in Betracht.

3. Das Virus zeichnet sich gegen viele Eingriffe durch grofse Resistenz aus. Dasselbe verträgt völlige Eintrocknung und mehrwöchentliches Aussetzen dem diffusen Tages- und dem Sonnenlicht, längere Einwirkung einer Temperatur von —12°, dreistündiges Erwärmen auf 60°, einstündige Erwärmung auf 100°, falls dasselbe vorher eingetrocknet und im Vakuumröhrchen eingeschmolzen war, endlich mehrwöchentliches Aufbewahren in Glycerin. Empfindlicher ist es gegen die Einwirkung von Karbol, welches es in 20%iger Lösung vernichtet.

4. Das Virus der Taubenpocke erleidet schon nach einmaliger Passage durch das Huhn, auf welches es sich leicht übertragen läfst, eine derartige Veränderung, dafs es nicht mehr auf Tauben überimpfbar ist, entsprechend dem Verhalten der originären Hühnerpocke.

5. Das Überstehen einer einmaligen ausgedehnten Erkrankung verleiht Immunität.

Bernhard Schulze-Kiel.

Molluscum contagiosum, von CHARLES J. WHITE und WILLIAM H. ROBEY. (*Journ. Med. Research.* April 1902.) Der gröfste Teil des Aufsatzes rekapituliert die Geschichte der Molluscum-Forschung. Die eigenen Untersuchungen der beiden Verfasser, für die zahlreiche, übrigens nicht neue Färbe- und Kulturmethoden in Anwendung kamen, ergaben als wesentlichste Abweichungen von den Befunden anderer Autoren die nachstehenden: Niemals fanden sich Gebilde, die als Gregarinen angesprochen werden konnten, niemals wurde Teilung eines Nucleolus beobachtet. Kern

und Kernkörperchen spielen nach Ansicht der Verfasser keinerlei Rolle bei den eigentümlichen Zellumwandlungen. Auffallend häufig begegnete man einem perinukleären Hof in den Zellen des Stratum spinosum und granulosum, sowohl im eigentlichen Tumor, wie in der darüberliegenden Oberhaut. Dieser Halo fand sich nicht allein bei Alkoholhärtung, sondern auch bei anderen Fixierungen. Meistens bestand eine entzündliche Reaktion in der Umgebung des Tumors; in zwei Fällen nahmen den gröfsten Teil des Corium dichte Massen kernlosen Gewebes ein, der mikrochemischen Reaktion nach Collacin. Bakterien fehlten stets. *M. Levor-Frankfurt a. M.*

Die Wichtigkeit der Entfernung von Talgcysten, von Alfr. Eddowes. (*The med. Times & Hosp. Gaz.* 26. Juli 1902.) E. hat schon früher auf die Notwendigkeit hingewiesen, bei besonders hartnäckigen Fällen von Akne die Talgcysten zu entfernen, da dieselben einen Teil des Krankheitsprozesses darstellen, bei welchem die Follikel (der Talgdrüsen) verengt oder völlig verschlossen werden. Einige Fälle, wo durch diese kleine Operation völlige Heilung hartnäckiger Akne eintrat, führt E. hier an; bei einem derselben hatten auch ekzematöse Stellen am Kopfe bestanden. Er hält es für notwendig, diese Talgcysten durch zwei elliptische Einschnitte, welche den Follikel einschliefsen, gründlich zu entfernen. Bei der sog. Akne indurata, welche im allgemeinen eine kleine Talgcyste darstellt, genügt es oft, dieselbe mit einer kleinen Lanzette anzustechen und einen Tropfen reiner Karbolsäure einzuträufeln.

Stern-München.

Über einen bemerkenswerten Fall von Neurofibromatosis, von C. Adrian. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 36.) Eine 56jährige Frau will von Geburt an Geschwülste der Haut gehabt haben, von denen die gröfste vor 30 Jahren operativ entfernt ist. Sie ist jetzt übersät mit Tumoren von Stecknadelkopf- bis Haselnufsgröfse. Das Capillitium, die Palma manus und Planta pedis sind frei. An der Innenseite des rechten Oberarms eine sackartige, teigig-weiche, aus einzelnen Strängen zusammengesetzte Anschwellung; die Haut hier lividblau verfärbt. Diese Geschwulst ist durch einen Strang mit dem Plexus brachialis verbunden. Viele „blaue Flecke" und sehr zahlreiche ephelidenartige Pigmentflecke, einige gröfsere kaffeebraune Verfärbungen. In der Supraclaviculargrube ein faustgrofser, harter, leicht höckriger Tumor. Die weiteren Veränderungen ergeben sich aus dem autoptischen Befunde: Multiple Fibrome der Haut; multiple rankenförmige Neurome, namentlich der rechtsseitigen Cervical- und Radialnerven; Neuromyxom der rechten Supraclaviculargegend; Neurofibrom des Dünndarms; sarkomatös degeneriertes Neurofibrom des Duodenums; miliare Fibrome in der Magen-Darmwandung, im Mesenterium, am Periost der rechten Tibia; Arthritis deformans des rechten Ellbogen- und Schultergelenkes; Kyphoskoliose; chronischer Magenkatarrh; braune Atrophie des Herzens und der Leber.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Einige morphologische und ätiologische Eigentümlichkeiten betreffend einen Fall von perianalem Fibrom, von Campana. (*Rif. med.* März 1902. No. 9.) Verfasser beschreibt einen Fall, welcher ein neuropathisches, abgemagertes, anämisches Individuum betrifft, das Syphilis und Malaria durchgemacht hatte. Bei demselben entwickelte sich eine Verdickung des Skrotums und einzelner Analfalten, so dafs ersteres nach und nach enorme Dimensionen annahm, und sich in der Umgebung des Anus ein ovaler Tumor ausbildete von der Gröfse einer Citrone; gleichzeitig entwickelte sich eine starke Verdünnung der Haut der unteren Extremitäten und eine warzenartige Eruption an den Fufssohlen, besonders rechts. In der Klinik diagnostizierte man: Bilaterale luetische Orchitis mit Hydrocele und Sarkocele der Haut und des Unterhautzellgewebes; perianales Fibrolymphangiom mit intakter Haut; neuropathischer Zustand; warzenartige Spätsyphilis der Fufssohle, ebenfalls neuropathischer Natur.

Die Therapie bestand in innerlicher Darreichung von Quecksilber, in breiten Kauterisationen des Skrotums mit dem Thermokauter, Entleerung der Hydroceleflüssigkeit und Entfernung des perianalen Tumors. Die histologische Untersuchung des Tumors ergab, dafs es sich um ein Fibrom mit weiten lymphangiomatösen Maschen handelte; Mastzellen. Verfasser schliefst seine Arbeit mit der Bemerkung, dafs es eine grofse Kategorie von Tumoren gibt, bei deren Bildung das Nervensystem einen grofsen Anteil nimmt. *C. Müller-Genf.*

Bemerkungen über Fälle von Lymphangiektasie mit enormer Hypertrophie cutaner und subcutaner Gewebe, von W. Whitehead-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 29. März 1902.) Für den Chirurgen haben diese Fälle fast noch mehr Bedeutung als für den Dermatologen.

No. I stellte eine Geschwulst am rechten Arm bei einem 32jährigen Manne dar; dieselbe hatte sich im Laufe von etwa 25 Jahren entwickelt, war aber in der letzten Zeit sehr viel rascher als sonst gewachsen und erstreckte sich von der Handwurzel bis auf die Schulter unter Freilassung eines nur schmalen Streifens auf der Beugeseite des Armes. Die Operation bestand in der Ablösung in toto mitsamt der Scapula und einem Teile des Schlüsselbeins. Die entfernte Masse wog 35 kg. Anatomisch erwies sich die Geschwulst teilweise als ein Lipom, hauptsächlich aber als Molluscum fibrosum, der Hauptsache nach diffus, aber mit Entwickelung von einzelnen kleinen Fibromen, welche nachweislich mit Hautnerven in Verbindung standen. In ätiologischer Beziehung ist eine der Entstehung des Tumors vorangegangene Fraktur des Oberarms, durch welche jedenfalls die Lymphwege gelitten hatten, erwähnenswert. Die histologischen Verhältnisse sind an Abbildungen klargelegt.

No. II. Ein 18jähriges Fräulein mit einer fast den ganzen Oberschenkel einnehmenden Geschwulst, welche im Anschlufs an Druck durch einen Extensionsverband (Thomassche Schiene) entstanden war, Pseudo-Elephantiasis. Eine Zeitlang pflegte im Anschlufs an die Menstruation mit grofser Regelmäfsigkeit ein Aufbrechen der Geschwulst und Sezernieren von lymphatischer Flüssigkeit zu erfolgen; gleichzeitig schwoll der Tumor stets erheblich an.

No. III betraf eine 40jährige Frau mit Pseudo-Elephantiasis des rechten Beines von 17jährigem Bestande. Heilung erfolgte namentlich durch periodische Kompression der Femoralarterie mittelst Tourniquets. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

In der Sitzung des Vereins St. Petersburger Ärzte vom 5. Februar 1902 (*Petersb. med. Wochenschr.* 1902. No. 15) spricht Heuking über die Resultate der **elektrolytischen Behandlung von Angiomen.** Er gibt dieser Methode den Vorzug in allen Fällen, wo eine Exzision des Angioms mit dem Messer aus irgend einem Grunde nicht tunlich ist, d. h.

1. bei Sitz des Angioms im Gesicht an Teilen, wo durch die Narbe, durch Schrumpfungen der Haut sich Übelstände in kosmetischer Beziehung einstellen könnten;

2. bei grofser Ausdehnung der Geschwulst, namentlich bei der cavernösen Form, wo die Operation oft schwere Blutungen hervorruft. Die elektrolytische Behandlung kann gerade in diesen Fällen, wie Vortragender an einem markanten Beispiel demonstriert, besonders schöne Erfolge erzielen; freilich dauert die Behandlung recht lange;

3. bei messerscheuen Patienten.

Vortragender hat mehr als 80 Angiome nach dieser Methode mit bestem Erfolge behandelt. Er wählt stets die bipolare Methode, das Einsenken beider Platinnadeln in die Geschwulst. An zarten Hautstellen dürfen nur schwache Ströme oberflächlich einwirken; an Stellen, wo man Narbenbildungen nicht scheut, kann man durch tiefere

Applikation stärkerer Ströme schon in einer einzigen Sitzung viel erreichen. Auch Angiolipome in und unter der Haut hat Vortragender mit diesem Verfahren beseitigt.
A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Zur Kenntnis der senilen Angiome („Kapillar-Varicen") der Haut, von Rapp-Augsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 18.) Der Verfasser hat bei seinen vor sechs Jahren vorgenommenen Untersuchungen gefunden, daſs die senilen Hautangiome bis zum 15. Jahre sehr selten sind, vom 20. Jahre an aber bereits sehr oft vorkommen, um dann mit zunehmendem Alter immer häufiger zu werden; bei den 60—70 Jahre alten Untersuchten fanden sie sich in 88,2 %. Auch die Zahl der Angiome nimmt mit dem Lebensalter zu. Ob die Angiome, wie Leser behauptet, bei Carcinomkranken besonders frühzeitig und reichlich vorkommen, darauf hat der Verfasser nicht geachtet; aufgefallen ist ihm in dieser Richtung nichts. Die gleiche Behauptung wie Leser hat übrigens schon vor diesem Trélat aufgestellt; Dubreuilh dagegen, der sich sehr eingehend mit den senilen Angiomen beschäftigt hat, hält das Auftreten derselben bei Carcinomkranken für ein rein zufälliges Zusammentreffen. Einen Zusammenhang der Angiome mit Zirkulationsstörungen irgend welcher Art konnte der Verfasser nicht nachweisen. Die Ergebnisse seiner histologischen Untersuchungen stimmen im wesentlichen mit den Beschreibungen Unnas und Dubreuilhs überein. — Ob es sich bei den in Frage stehenden Gebilden um Neubildung von Gefäſsen oder um Gefäſserweiterungen handelt, ob sie also richtiger als Angiome oder als Kapillarvaricen zu bezeichnen sind, das wird sich kaum entscheiden lassen. Eine Ursache für Gefäſserweiterungen so circumskripter Natur ist kaum aufzufinden. Handelt es sich aber nicht um Angiektasien, sondern um wirkliche Neoplasien, so liegt es am nächsten, sie als Analoga der Gefäſs-Naevi aufzufassen. Ob Degenerationserscheinungen in der Haut die Entwicklung der Angiome begünstigen, das ist angesichts ihres häufigen Vorkommens, auch bei relativ jungen Menschen mit gut erhaltener Haut, schwer zu sagen. *Götz-München.*

Ein Fall von Keloid, von H. Taylor-Colchester. (*New York med. Journ.* 4. Oktober 1902.) Ein 21jähriger Mann, welcher mit Akne an Gesicht, Nacken und Schultern stark behaftet war, legte sich ein Zugpflaster irrtümlicherweise zu lange auf, zog sich dadurch eine ausgedehnte Blasenbildung an der Haut der unteren Rippen, am Epi- und Hypogastrium zu, und im Anschluſs daran entwickelten sich zwei ziemlich umfangreiche Keloide. Das eine ward operativ vollständig entfernt, rezidivierte aber nach kurzer Zeit wieder. Empfindlichkeit, Schmerz auf Druck und Jucken waren und blieben die Hauptsymptome der Neubildung. In der allgemeinen Betrachtung über diese Keloide führt T. an, daſs sie im Alter zwischen 15 und 50 Jahren vorkommen, also eine Krankheit der Erwachsenen seien und häufiger bei der dunklen Rasse als bei der hellen vorkommen. Operative Entfernung oder Behandlung mit Ätzmitteln verhütet nie Rezidive; auch Kompressivbehandlung mit elastischen Binden, Quecksilberpflaster oder tiefe Einschnitte in die Geschwulst wurden empfohlen, und Morris habe erlebt, daſs mäſsig groſse Keloide durch wöchentlich einmal applizierte Elektrolyse und tägliche Massage vollständig verschwanden, derselbe empfehle auch, wenn die Geschwulst schmerzhaft sei, Injektion von Kokain in und um dieselbe oder lokale Applikation von Belladonna oder Opium. *Stern-München.*

Keloid auf Vaccinationsnarben, von H. Wiggins. (*Brit. med. Journ.* 27. Sept. 1902.) Bei einem 8jährigen und einem 14jährigen Mädchen, die vom Verfasser mit derselben Lymphe geimpft worden waren, entwickelten sich an den vernarbten Impfstellen auf Druck schmerzhafte Keloide. Dieselben wurden exzidiert. (Ob ein Rezidiv eingetreten ist, wird nicht berichtet. Ref.) *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Keloide. Verfasser ungenannt. (*Journ. de pratic.* 1902. No. 38.) Kurze Aufzählung und Schilderung der verschiedenen zur Beseitigung der Keloide angewandten und empfohlenen Behandlungsmethoden. Der Verfasser hält die Exzision weit im Gesunden für das beste Verfahren. *Götz-München.*

c. *Pigmentanomalien.*

Melanodermie aus unbekannten Ursachen, von Mario und Guillain. (*Rif. med.* 1902. Vol. II, No. 2.) Der in der *Gazette hebdomaire de médecine et de chirurgie,* 1902, No. 22, erschienene Aufsatz berichtet über einen 76jährigen Patienten, der seit zehn Jahren abnorm pigmentiert war; die Melanodermie erstreckte sich besonders auf Gesicht, Hände, Beine und Füfse. Da jede andere Ursache auszuschliefsen war, sehen die Verfasser die Erkrankung als eine besondere Form des Morbus Addisonii an, bei dem die Schleimhäute nicht mit pigmentiert sind, ebenso fehlen Schmerzen und gastrische Symptome; auffallend ist eine bestehende Verminderung (bezw. Aufhebung) der Sehnenreflexe. Bemerkenswert ist die lange Dauer der Erkrankung. *F. Hahn-Bremen.*

Über einen Fall von Morbus Addisonii, von Pansini und Benenati. (*Rif. med.* 1902. Vol. II. No. 51.) Dieser Fall zeigt das Eigentümliche, dafs bei der Autopsie neben tuberkulösen Veränderungen der Nebennieren, eine neugebildete Thymus, eine Hypertrophie der Thyreoidea und der Pituitaria konstatiert wurde, und zwar handelte es sich um eine wahre Hypertrophie dieser Blutdrüsen. Wahrscheinlich hat man es hier mit einem vikariierenden Eintreten dieser Drüsen an Stelle der zerstörten Nebennieren zu tun. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Morbus Addisonii mit Hyperpyrexie, von H. Lucas und J. M. Barlet-Huntingdon. (*Lancet.* 6. Sept. 1902.) Die 39jährige Frau mit starker Pigmentierung, namentlich im Gesicht, an den Brustwarzen und den Achseln, zeigte bei normaler Pulsfrequenz Temperaturen bis zu 44,2° C. im Rektum. Diese höchste Temperatur wurde nur einmal erreicht, doch wurde mehrmals 43° konstatiert. Verfasser erklärt, dafs eine Täuschung ausgeschlossen sei. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Addisonsche Krankheit und ihre Beeinflussung durch Nebennierenextrakt, von H. A. Moody. (*Mercks Arch.* 1902. No. 3.) Verfasser schildert einen schweren Fall Addisonscher Krankheit, der auf alle mögliche Weise ohne Erfolg behandelt wurde. Der Fall war von aufserordentlich chronischem Verlauf mit langandauernden Schmerzen in der Nierengegend und den übrigen typischen Symptomen. Unter Gebrauch von Nebennierenextrakt trat Besserung ein, die sofort wieder zurückging, wenn mit dieser Behandlung ausgesetzt wurde. Drei Gramm in 24 Stunden verursachten allerdings heftige Magenkrisen, dagegen hatten kleinere Dosen, z. B. 1 Gramm pro die eine unverkennbare Besserung zur Folge. Man mufs mit dem Extrakt das fehlende physiologische Element der Nebenniere ersetzen; dann sieht man den Erfolg eintreten. Gibt man mehr, so bleibt er aus. Die betreffende Kranke wurde geheilt. *A. Straufs-Barmen.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Ulcera cruris, von Bogdanovici. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Bucarest,* Sitzung vom 27. Februar 1902.) Es bestanden am Beine zwei Ulcera, welche während zwei Jahren erfolglos im Spital behandelt worden waren. B. machte am Oberschenkel eine 10 cm lange Resektion der Vena saphena interna. Zunächst nach der Operation zeigten die Geschwüre keine grofse Neigung zur Vernarbung; diese trat erst ein, als die hypertrophischen Granulationen kauterisiert worden waren. *C. Müller-Genf.*

Eine Methode zur Radikalbehandlung der Varicen und Ulcera varicosa der unteren Extremitäten, von MANZINI. (*Rif. med.* 1902. Vol. II. No. 49.) In Anbetracht der mangelhaften Erfolge bei den bisherigen Methoden von Behandlung der Beingeschwüre, empfiehlt Verfasser in folgender Weise zu verfahren: Zirkuläre resp. ovaläre Inzision um das Ulcus bis auf die Aponeurose; unter Benutzung dieser Inzision, Dehnung des Nervi saphenus int., suralis, und wenn möglich, des cutaneus suralis ext. und medius. Die Behandlung des Geschwürs selbst variiert je nach den Fällen: wenn möglich soll es exzidiert werden oder aber ausgekratzt und mit Epidermistransplantationen bedeckt werden. Nach der Behandlung müssen die Patienten noch eine Zeitlang das Bett hüten, damit die unterbrochene Zirkulation sich wieder bilden kann. Wird dies nicht befolgt, so stellt sich bald wieder Ödem ein, und die Ulcera brechen von neuem auf. *C. Müller-Genf.*

Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von ZEUNER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 20.) Verfasser empfiehlt feuchte Verbände mit einer 10%igen Solut. Calcar. hypochlor., die rasch den üblen Geruch beseitigen, frische Granulationen aufschiefsen lassen und die Epidermisierung begünstigen, ohne unangenehme Nebenwirkungen zu haben. Einwicklung des Beines mit Trikotbinde genügt, Bettruhe ist nicht erforderlich. *F. Hahn-Bremen.*

Zur Behandlung der Hämorrhoiden, von THIELE. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 22.) Verfasser hat mit gutem Erfolge zur Radikalbehandlung der Hämorrhoiden die von TILLMANNS angegebene Methode verwendet. Dieselbe besteht in der Injektion von ein bis mehreren Teilstrichen einer Karbollösung (1 Teil Karbolsäure auf 2 Teile Glycerin) in jeden Knoten. Die Ausführung ist einfach, die Schmerzhaftigkeit gering und die Schrumpfung der Knoten ist eine gute und vollständige. *F. Hahn-Bremen.*

Koilonychia und ihre erfolgreiche Behandlung, nebst Mitteilung eigener Fälle, von A. H. OHMANN-DUSMENIL-St. Louis. (*St. Louis med. Journ.* Juni 1902.) Verfasser hält die Affektion für eine verhältnismäfsig häufig vorkommende; wie die Nagelerkrankungen überhaupt werde sie nur nicht genügend beachtet. Aus einer gröfseren Zahl von ihm beobachteter Fälle werden vier angeführt, alle mit den charakteristischen Symptomen: Dünne, Weichheit, Konkavität des Nagels, Neigung zum Splittern u. s. w. O. legt besonderen Wert darauf, dafs es sich bei allen diesen um Personen mit zerrüttetem Nervensystem handelte. Nach ihm ist die Koilonychia zweifellos eine Trophoneurose, gekennzeichnet durch Atrophie sowohl der Nagelplatte wie des Nagelbettes. Die Therapie müsse vor allem auf Stärkung des Nervensystems, speziell des sympathischen, gerichtet sein. In diesem Sinne wurde Phosphor und Arsen angewendet. Lokal wurde zweimal täglich mit einem Nagelpolierer eine Salbe aus Stanni oleati 1, Lanolini puriss., Ung. aq. rosar. aa 4 sorgfältig in den Nagel eingerieben. Nur in dem einen der Fälle, wo Syphilis zu Grunde lag, genügte die allgemeine antiluetische Behandlung. Sämtliche Fälle endeten mit Heilung. *M. Levor-Frankfurt a. M.*

Über Sklerödem, von A. BUSCHKE-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 41.) B. beschreibt einen lange beobachteten Fall von Sklerödem, besonders im Gesicht, Kopf, Nacken ausgebildet, und bespricht die Unterschiede gegen die Sklerodermie, welche durch ein in den obersten Hautschichten entstehendes pralles, Ödem charakterisiert ist, das sich zurückbilden kann, aber in den, dem Leiden eigentümlichen atrophischen Zustand. Das fehlt bei dem Sklerödem, es entsteht in den tieferen Hautschichten und läfst nicht eine Atrophie, sondern eine Hyperplasie des Bindegewebes entstehen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Bemerkungen über Albinismus mit Bezug namentlich auf dessen Rasse. Eigentümlichkeiten bei den Einwohnern von Melanesien und Polynesien, von C. G. Seligmann-London. (*Lancet.* 20. Sept. 1902.) Bei Gelegenheit eines längeren Aufenthalts auf Neu-Guinea hatte S. Gelegenheit, verschiedentlich Albinos unter der einheimischen Bevölkerung zu beobachten. Als besondere Eigentümlichkeiten erwähnt er folgende Momente: Die Choroidea ist niemals rosafarben; das Haar hat mehr oder weniger die Farbe von Hede (Werg); die Farbe der Haut schwankt zwischen weifsrosa und der Farbe von Milchkaffee, während die Augen im allgemeinen grünlich, gelblich oder braun sind. Das Haar bleibt ebenso struppig wie beim normalen Papuaner und verändert nur die Farbe. An den weniger exponierten Stellen hat die Haut eine weit deutlichere Rosafarbe, als dies bei Europäern der Fall ist. Im allgemeinen ist diese Affektion an der Umgebung der Torresstrafse ziemlich verbreitet; dagegen ist circumskripte Leukodermie dort entschieden selten. Diese Beobachtungen von S. bestätigen die von Finsch und anderen gebrachten Angaben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der Lupus erythematodes, von Eugen Holländer-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 30.) H. gibt eine umfassende Zusammenfassung der grofsen Literatur über Lupus erythematodes und beschreibt die bekannten Symptome, um dann eine neue Behandlungsmethode anzugeben, die sich ihm gut bewährt hat. Es handelt sich um die innerliche Darreichung grofser Chinindosen unter gleichzeitiger äufserer Behandlung der befallenen Stellen mit Jodtinktur. Man gibt dreimal täglich 0,5 g Chinin. Fünf bis zehn Minuten nach dem Einnehmen werden die Stellen mehrmals hintereinander intensiv mit Jod bepinselt und zwar morgens und abends. Dieses geschieht fünf bis sechs Tage lang, dann folgt eine ebenso lange Pause. Man kann die Dosis eventuell erhöhen. Die Mehrzahl der Patienten gebrauchte ca. 60 g Chinin im Laufe von Monaten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Natur und die Heilbarkeit des Lupus erythematodes discoideus, von Breda. (*Atti del r. Istituto Veneto di Scienze. Lettere ed Arti.* Bd. LXI.) Verfasser hat im ganzen 62 Fälle dieser Affektion zusammengestellt, wovon drei Viertel auf Frauen und nur ein Viertel auf Männer fallen. In der Ätiologie figuriert die Tuberkulose der Eltern siebenmal. Von den Patienten selbst konnten nur drei mit Sicherheit als tuberkulös taxiert werden, ca. 21 können in die Kategorie der „Lymphatischen" eingereiht werden, 27 waren sicher nicht tuberkulös. Was die Lokalisation anbelangt, so waren aufser der Nase und der Wangen bei zehn Individuen die Ohrmuscheln befallen, bei sechs die Stirn, bei vier die Hände und das Kinn, bei zwei die Schläfen und Präaurikulargegend, sowie die Arme, einmal der Hals, die Lippen, die Umgebung des Auges, die Vulva. In keinem einzigen der Fälle konnte ein Übergang des Lupus erythematosus in einen Lupus vulgaris oder in Carcinom konstatiert werden. Sodann werden die verschiedenen Behandlungsmethoden der Affektion besprochen; Ichthyol, Pyrogallol und Beiersdorfsche Quecksilberpflaster waren die bevorzugten Mittel. Der Prozentsatz der Heilungen ist ein relativ hoher. Mit keiner Färbemethode gelang es Riesenzellen oder andere Andeutungen eines tuberkulösen Prozesses nachzuweisen. In Anbetracht des histologischen Befundes (Ausgang des Prozesses aus den Endothelien der oberflächlichen Gefäfse mit Infiltration, Ödem der Epidermis und Cutis, Dilatation der oberflächlichen Lymphwege und tieferen Blutgefäfse, hauptsächliches Bestehen der jüngeren Herde und der um dieselben sich später schichtweise anordnenden Schübe aus Plasmazellen) mufs die Dermatose als eine spezifische infektiöse Affektion betrachtet werden, und schlägt Verfasser, im Einklange mit der Ansicht Unnas, für dieselbe die Bezeichnung „Plasmoma discoideum atrophicans" vor, vollständig unabhängig von den Bacillen und Toxinen der Tuberkulose. *C. Müller-Genf.*

Myxödematöse Zustände und weiche Fibrome der Haut; ihre morphologische und pathogenetische Verwandtschaft, von Calderonio. (*Rif. med.* 1902. Vol. II, No. 59 u. 60.) Gestützt auf seine Untersuchungen einer Reihe derartiger Fälle kommt Verfasser zum Schlusse, daſs das Myxödem in klinischer, ätiologischer und histologischer Beziehung nicht als eine schleimige Degeneration, sondern, wie das weiche Fibrom, als eine weiche fibromatöse Phase der Haut zu betrachten sei. Diese Formen des Fibroms sind das Resultat der Zusammenwirkung zweier Faktoren: Die neuropathische Beanlagung und ein Zustand allgemeiner oder lokaler Infektion (Syphilis oder pyogene Agentien). In einem der von dem Verfasser beschriebenen Fälle, wo die Affektion nur die eine Körperhälfte betraf, konnten als Ursache der Affektion die Syphilis, Neuropathie und lokale Reize durch entzündungserregende Schizomyceten nachgewiesen werden. Alle diese neuropathischen Fibrome luetischen Ursprungs dürfen nicht nur einfach abgetragen werden, sondern neben der Exzision muſs auch die Kauterisation der Schnittfläche vorgenommen werden zur sicheren Bekämpfung der Endophlebitis und interstitiellen Infiltration, sowie behufs Erzielung einer resistenteren Narbe. *C. Müller-Genf.*

Trophoneurose des Haares, von F. Savary Pearce-Philadelphia. (*St. Louis med. Journ.* Juli 1902.) Bei einer 27jährigen Patientin trat nach einem starken Nervenshock zunächst ein herpesartiger Ausschlag im Gesicht und Nacken, heftiges Jucken im Gesicht und an der Vulva, sowie Röte und Schwellung an Ohr und Armen auf. Zehn Tage später entstand über Nacht eine kahle Stelle auf dem Scheitel. Das Haar ging von da ab rapide aus, nach drei Wochen waren nur noch einige wenige Haare in der Temporal- und Occipitalgegend übrig. Auch Wimpern, Brauen, Pubes und die Haare des Vorderarmes folgten. Zwei Monate später, während deren Patientin mit Elektrizität und Massage behandelt wurde, war kurzes, spärliches Haar wiedergewachsen, aber schneeweiſses, auch Augenbrauen und obere Wimpern waren weiſs, aber an den unteren Lidern und auf den Armen waren die Haare braun. Fast ein Jahr nach dem ersten Anfall berichtet Patientin, daſs nach der Stirn zu einige schwarze Haare in Büscheln da sind, das weiſse Haar ist sehr dünn und bedeckt nur dürftig die Kopfhaut, die linke Braue ist wieder wie früher schwarz, an der rechten sind noch zwei helle Stellen. Auch die Wimpern werden langsam schwarz. Im Gesicht und an den Händen treten zuweilen vasomotorische Störungen auf.

M. Levor-Frankfurt a. M.

Ätiologie und Pathogenie der Alopecia areata, von F. Trémolières. (*Presse méd.* 1902. No. 48.) Der Verfasser gibt ein Bild von der Entstehung der Jacquetschen Lehre von dem Nichtparasitismus der Alopecia areata. Augenblicklich wogt in Frankreich der lebhafteste Kampf zwischen Anhängern der parasitären Theorie und der tropho-neurotischen, doch gewinnt letztere, welche ja auſserhalb Frankreichs stets viele Anhänger gehabt hat, auch dort neuerdings immer mehr Gläubige. Nach Jacquet ist die Alopecia nur ein oft nebensächliches, oft im Vordergrund stehendes Symptom eines Krankheitsprozesses, der dem Haarausfall vorausgeht, ihn begleitet, ja überdauert. Er verweist auf die kutane Hypotonie und die damit in Verbindung stehenden geminderten Spannungsverhältnisse der Blutgefäſse des ganzen Körpers, die der Alopecia-Kranke aufweist — Venenerweiterungen, Ptosis der Eingeweide und der Haut. Ferner verweist er auf die angeborene Unvollkommenheit und Schwäche des Haarsystems als auf ein prädisponierendes Moment. Des weiteren erläutert Trémolières, wie Jacquet, infolge zahlreicher Untersuchungen den Zusammenhang zwischen dem Leiden der Kopfhaut und Zahnerkrankungen. Somit kommt er auf das Wesen des dentalen Ursprungs der meisten Fälle von Alopecia areata. *Hopf-Dresden.*

Peladogene Summierung, von Lucien Jacquet-Paris. (*Extr. des Bullet. soc. méd. hôp. Paris.*) Des Verfassers Lehre hält die Alopecia areata nicht für eine spezifische Krankheit, sondern für die symptomatische Folge bestimmter allgemeiner oder örtlicher Gewebsläsionen, wie z. B. kariöser Zähne. Unter einer peladogenen Summierung versteht Jacquet das Zusammenwirken mehrerer in obengenannter Weise schädigender Faktoren. Die vorliegende Abhandlung berichtet über fünf derartige Beobachtungen, deren erste einen 18jährigen Mann betraf, bei dem sich ein heftiges Trauma des linken äufseren Ohres und Trommelfells mit multipler Karies und besonders einer Karies des rechten Oberkiefers vergesellschaftete. In einem anderen Falle bringt der Verfasser eine Eruption von Alopecie mit einer drei Wochen voraufgegangenen Verbrennung am Schenkel in ursächlichen Zusammenhang. *Hopf-Dresden.*

Fünf Fälle von moniliformem Haar bei gleichzeitiger Alopecia areata, von D. Walsh-London. (*Brit. med. Journ.* 12. April 1902.) Die Form der Haare war nicht genau so wie bei gewöhnlicher Monilethrix, sondern mehr unregelmäfsig, und trotz der Alopecie waren sie weder kurz noch spärlich. Dabei fand sich die Anomalie nur an denjenigen Haaren, welche bereits weifs oder wenigstens ergraut waren. Das Pigment war nicht blofs an den Internodien angesammelt. An anderen Körperteilen waren die Haare nicht affiziert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von totaler Kahlheit bei Alopecia areata, von Balmanno Squire-London. (*Brit. med. Journ.* 12. April 1902.) Durch ganz ungewöhnliche Ausdauer erreichte es der bei der Aufnahme total kahle 37jährige Patient, dafs in Flecken, welche etwa die Hälfte der Kopfhaut ausmachten, sich ein kräftiger Haarwuchs bis zu gut drei Zoll Länge entwickelte. Auch die Augenbrauen und Wimpern, welche vollständig ausgegangen waren, wuchsen von neuem und zwar ziemlich vollständig wieder. Die ganze Behandlung hatte in der Einreibung von einer HgJ-Salbe (Hydrarg. jodid. rubr. 1,8, Vaselin flav. 28,5) bestanden. Allerdings war damit ein ganzes Jahr lang fortgefahren worden, und erst nach sechs Monaten war überhaupt eine Änderung zu bemerken. Das Einreiben geschah felderweise, so dafs jeden neunten Tag das jeweilige Gebiet wieder eingerieben wurde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Alopecia areata, von Trémolières. (*Rif. med.* 1902. No. 19.) Bringt absolut nichts Neues. *C. Müller-Genf.*

Verschiedenes.

Der Gebrauch des Paraffins bei eingesunkenen Nasen, von St. Paget. (*Brit. med. Journ.* 1903.) Angeborene oder durch Syphilis, Carcinom und andere Ursachen hervorgerufene Sattelnasen können, wie der Verfasser an vielen Beispielen zeigt, durch Injektion eines bei höherer Temperatur schmelzbaren Paraffins eine kosmetische Verbesserung erfahren. *C. Berliner-Aachen.*

Hautverpflanzung durch Vertauschung, von C. R. B. Keetly-London. (*Lancet.* 22. Nov. 1902.) Verfasser berichtet hier über den Erfolg einer vor 15 Jahren vorgenommenen Operation. Es handelte sich um ein zwei Wochen altes Mädchen mit einem grofsen behaarten Naevus pigmentosus der linken Wange. Da die beabsichtigte Transplantation vom Oberarm einen sehr grofsen Defekt bedingt haben würde, tauschte K. ein entsprechendes Stück weifse Haut vom Arm gegen das Mal um, indem er dieses auf die Exzisionsstelle anheilte. Der Erfolg ist, wie an den zwei Photogrammen gezeigt wird, ein sehr günstiger gewesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 36. №. 10. 15. Mai 1903.

Aus der dermatologischen Abteilung des Kaiserlich Ottomanischen Marine-Hospitals.

Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobins bei der Alopecia areata.

(Letzter Teil.)

Von

Dr. MENAHEM HODARA-Konstantinopel.

Mit einer Farbentafel.

In den vorhergehenden Artikeln habe ich zuerst die Einwirkung des Chrysarobins auf die Haut des Kaninchens und auf die gesunde Haut des Menschen, schliefslich auch bei zwei Fällen von Ekzema seborrhoicum psoriasiforme histologisch untersucht. — (Vergl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1900, Bd. XXX—XXXI, 1901 Bd. XXXII.

Die vorliegende Arbeit soll sich nun mit der Wirkung des Chrysarobins bei der Alopecia areata beschäftigen. Bei den hierzu nötigen Versuchen habe ich mich des UNNAschen Chrysarobinstifts bedient, der 30% reines Chrysarobin enthält und den ich seit mehreren Jahren bei der Behandlung der Alopecia areata stets verwende. UNNA und LEISTIKOW, die dieses Verfahren zuerst einführten, haben ausgezeichnete Erfolge damit erzielt; seine Wirksamkeit ist heute überall anerkannt und es wird mit Recht von vielen Ärzten bevorzugt. Ich selber bin aufserordentlich damit zufrieden und verwende den Chrysarobinstift, wie gesagt, vielfach bei Alopecia areata, gleichviel, ob es sich um Kopf- oder Barthaare, Augenbrauen u. s. w. handelt. In den meisten Fällen, wo an den besagten Teilen eine herdweise Alopecie bestand, sah ich bald schneller, bald langsamer, d. h. in zwei bis sechs Monaten, völlige Heilung eintreten. Ich empfehle den Patienten, mit dem Stift täglich ein bis zwei Mal so lange auf den kahlen Stellen umherzufahren, bis eine leichte Reizung in Form einer Hyperämie, eines Erythems, einer geringen ödematösen Schwellung entsteht. Dann werden die Stellen mit Olivenöl sorgfältig gereinigt, bis alles Chrysarobin verschwunden ist und nun warte ich zwei bis sechs Tage, bis die Reizung

ganz vorüber ist, und dann wird von neuem mit der Chrysarobinbehandlung begonnen und so fort, bis auf allen kahlen Stellen ein kräftiges Wachstum von neuen, pigmentierten Haaren sich einstellt. Die Hauptsache ist, daſs man nicht zu früh die Behandlung unterbricht, sowie ein wenig Lanugo oder zarte, ungefärbte Haare sich zeigen. Das ist verkehrt. Man muſs vielmehr den Chrysarobinstift handhaben, bis überall ein kräftiger Nachwuchs starker, pigmentierter Haare sichtbar wird. Unterläſst man das, so kann man es erleben, daſs die jungen Wollhaare entweder sich nicht in normale, pigmentierte Haare umwandeln, oder gar bald wieder ganz ausfallen, so daſs man dann in beiden Fällen von neuem mit der Behandlung wieder anfangen müſste.

Leider kommt es auch vor, daſs auch die ganz normalen und pigmentierten Haare, nachdem sie eben, zur Freude des Patienten und des Arztes, die kahlen Stellen ausfüllten, wieder ausfallen. In verdächtigen Fällen, d. h. in solchen, in denen die Alopecia areata recht hartnäckig war, suche ich deshalb die Patienten zu bereden, die Behandlung auch nach der Heilung noch eine Weile fortzusetzen und alle drei bis sechs Wochen ein Mal die früher krank gewesenen Stellen mit dem Chrysarobinstift bis zur leichten Reizung zu bestreichen. Erst wenn ich ganz sicher bin, daſs die Heilung eine endgültige ist, sehe ich hiervon ab. Reizbare Personen, besonders Frauen und Kinder, zeigen schon nach einer einmaligen Anwendung des Stifts eine Hautrötung, in der Regel ist aber seine zwei- bis dreimalige Handhabung (bei täglich einmaliger Anwendung) erforderlich, um die gewünschte Hautreizung zu erhalten. Nach mehrfachen Reizungen wird die Haut für das Chrysarobin weniger empfindlich, so daſs bei manchen Personen in der Folge sogar nur geringe Reaktion erfolgt, besonders wenn die kahlen Herde vorher schon mit anderen ätzenden Mitteln behandelt waren.

Im allgemeinen ist ein erythematöser, leicht ödematöser Zustand vollkommen genügend, um einen neuen Haarwuchs anzuregen. Starke Reizungen sind zu vermeiden, denn das könnte zu heftiger, ödematöser Schwellung mit Vesikel- und Blasenbildung, mit Nässen und Borken führen und daneben noch heftigen Schmerz verursachen. Eine derartige Behandlung, die den Patienten so sehr belästigt, kann man natürlich nicht mehr praktisch nennen. Nur in besonders hartnäckigen Fällen, wo sich durchaus kein Erfolg einstellen will, darf man den Chrysarobinstift etwas energischer handhaben.

Handelt es sich um offen zu Tage liegende Herde, z. B. an den Schläfen, am Nacken, am Schnurrbart oder am Kinn, wo die gelbe Chrysarobinfarbe auffällt und lästig empfunden wird, so lasse ich den Stift des Abends anwenden und am Morgen mit Olivenöl sorgfältig alle Spuren wegwischen. Die Behandlung dauert dadurch freilich etwas länger,

denn die Hautreizung stellt sich etwas später ein. — Umgekehrt ätze ich bei manchen Frauen und Kindern mit Alopecia areata der Augenbrauen nur am Tage, wenn ich Grund habe anzunehmen, dafs sie das Chrysarobin während des Schlafes an den Augen schlecht vertragen werden; hier wird dann des Abends das Medikament gründlich mit Olivenöl entfernt.

Was nun die äufsere Wirkung des Chrysarobin anbelangt, so gewahrt man zuerst eine gelbliche Verfärbung, dann erfolgt ein Status erythematosus mit leichtem Ödem, und setzt man nun mit dem Mittel aus, so blättert die Epidermis alsbald in rotgelb gefärbten Lamellen ab und an den Follikelöffnungen sieht man kleine hornige Verlängerungen, die, ähnlich den Comedonen, wie dunkelrote bis schwarze Pünktchen aussehen. Nach einigen Ätzungen mit dem Chrysarobin beginnt dann das Wachstum kleiner, heller, wenig gefärbter Härchen, während die Comedonen nach und nach aus den Follikelöffnungen verschwinden oder die neuen Haare manschettenartig umgeben. Manche Follikel enthalten gleichzeitig zwei bis drei junge Haare, deren eines heller, das andere dunkler gefärbt ist. Anfangs sind die neugebildeten Haare ganz hell, nach mehrfacher Hautätzung aber und mehrfach wiederholtem Eintritt des Status erythematosus wachsen sie bald schneller und werden immer dunkler.

Zu den hartnäckigsten Fällen von Alopecia areata, die ich bisher zu behandeln hatte, gehört ein Herr von 40 Jahren, der seit 15 Jahren seinen ganzen Schnurrbart eingebüfst hatte. Bei diesem Herrn hat sich der Haarwuchs nach ununterbrochenem, sechsmonatlichem Gebrauch des Chrysarobinstifts wieder eingestellt; der Vorsicht halber habe ich dann die Behandlung noch zwei bis drei Monate lang weiter fortgesetzt, um einen Rückfall zu vermeiden.

Reagiert die Haut auf das Chrysarobin nicht in gewünschter Weise, oder handelt es sich um ganz besonders hartnäckige Fälle von Alopecia areata, wenn grofse Strecken oder gar die ganze Kopfhaut befallen ist und wenn trotz des Chrysarobins die neuen Haare nicht kräftig wachsen wollen, da lasse ich die kranken Stellen jedesmal vor einer neuen Ätzung rasieren und setze dies Verfahren so lange fort, bis ein kräftiger Haarwuchs sich eingestellt hat. So hatte ich vier Fälle von Haarschwund des ganzen Kopfes und der Augenbrauen zu behandeln. Der eine Fall, eine 40jährige Frau betreffend, bestand schon 15 Jahre lang, der zweite seit sechs Jahren bei einer Frau von 60 Jahren, der dritte seit zwei Jahren bei einem jungen Mädchen von 25 Jahren, und der vierte, eine ausgedehnte Alopecia areata der Kopfhaare und der Augenbrauen, seit 15 Jahren bei einem 35jährigen Manne. In diesen vier Fällen habe ich nach beharrlicher Anwendung des Chrysarobinstifts während fast zweier Jahre vollständige Heilung erreicht. Zuerst wiederholte ich die Ätzungen in ganz kurzen Zwischenräumen; später wurden die Zwischenräume länger und die kahlen

Stellen wurden vor jeder neuen Ätzung glatt rasiert. Schon nach sechs Monaten wuchsen die neuen Haare in normaler Weise. Da die Patienten der Behandlung dann aber überdrüssig wurden und sie monatelang aussetzten (trotz meiner Warnung), so fielen die jungen Haare stellenweise wieder aus, bis dann die Patienten meiner Weisung folgten und sich für längere Zeit mindestens einmal monatlich einer kurzen Chrysarobinbehandlung unterzogen. Ich rasierte und ätzte nun jede mir verdächtig erscheinende Stelle, bis die Haare durchaus keine Neigung zum Ausfallen mehr zeigten. Nur bei dieser, auch lange nach Beginn des Haarwuchses noch fortgesetzten Ausdauer und Vorsicht ist es mir gelungen, jene vier hartnäckigen Fälle von ausgedehnter Alopecie der Kopfhaut und der Augenbrauen zu heilen. Hinzuzufügen ist noch, daſs ich diese vier Patienten während der ganzen Zeit der Behandlung abwechselnd asiatische Pillen und Pillen, die neben Eisen und Arsen auch Nux vomica und Chinin enthielten, in groſsen Mengen nehmen lieſs.

Histologische Untersuchung.

Da meines Wissens die bei der Chrysarobinbehandlung der Alopecia areata hervorgerufenen Hautveränderungen histologisch noch nicht untersucht sind, so habe ich diese Untersuchung vorgenommen. Mir standen hierzu elf Hautstückchen zur Verfügung, die von drei Patienten der dermatologischen Abteilung des Marinehospitals stammten.

Im ersten Fall handelte es sich um einen 18jährigen jungen Menschen mit drei kahlen Stellen der Kopfhaut, die ein bis fünf Frankstück groſs und gänzlich frei von Haaren waren. Nachdem sie 14 Tage lang leicht geätzt waren, wurde die Behandlung bis zum Nachlaſs der Reizerscheinungen unterbrochen und dann wieder aufgenommen. Schon nach 14 Tagen zeigten sich einzelne helle Härchen. Es wurden nun sofort zwei kleine Hautstückchen für die mikroskopische Untersuchung ausgeschnitten.

Der zweite Fall betraf ebenfalls einen jungen Menschen, bei dem sich auch, und zwar im Laufe der letzten beiden Monate, einzelne ganz kahle Stellen auf dem Kopf gebildet hatten. Die Behandlung erfolgte hier genau so wie im ersten Fall, nur viel länger, ungefähr acht Wochen lang, bis der Haarwuchs weiter vorgeschritten war; dann wurden drei Hautstückchen zum Zweck der Untersuchung ausgeschnitten.

Beim dritten, 25jährigen Patienten, bestand ebenfalls eine Alopecia areata der Kopfhaut; die kahlen Stellen waren teils jüngeren, teils älteren Datums. Von den ersteren behandelte ich zwei Stellen acht Wochen lang mit dem Chrysarobinstift, bis neue Haare wuchsen und zum Teil schon sich färbten. Alsdann entnahm ich auch von diesen beiden Stellen zwei kleine Hautstückchen zur Untersuchung. Auch von den älteren kahlen Stellen, die unbehandelt geblieben waren und auf denen gleichfalls

neue Haare keimten, schnitt ich drei Stückchen aus. Eine dieser Stellen war vier Monate alt, sie erschien fast ganz glatt und zeigte nur hier und da einzelne, von selbst gewachsene neue Härchen. Die zweite Stelle war sieben Monate alt und hatte einen etwas reichlicheren jungen Haarwuchs; die dritte Glatze endlich bestand schon seit neun Monaten und war noch reichlicher mit jungen, von selbst gewachsenen Haaren besetzt, deren einzelne sogar schon leidlich grofs und pigmentiert waren. Also auch von diesen drei, in spontaner Heilung begriffenen Stellen habe ich, des Vergleiches halber, drei Präparate angefertigt. Endlich habe ich bei diesem dritten Patienten noch von einer anderen kahlen Stelle, die nach seiner Angabe ganz jung war, ein Stückchen Haut ausgeschnitten. Diese Stelle war zum Teil ganz frei von Haaren, doch bin ich nicht sicher, ob sie wirklich eine ganz frische Alopecia areata darstellte.

Mein ganzes Material bestand demnach aus elf Stückchen Haut; davon waren sieben vorher mit Chrysarobin behandelt, drei nicht behandelte Stücke befanden sich auf dem Wege spontaner Heilung und ein gleichfalls noch nicht behandeltes Stück stammte, wenn man dem Patienten trauen darf, von einer ganz frischen Alopecia areata und war zum Teil völlig haarfrei.

Ich beginne mit der

histologischen Untersuchung dieses letzten, von einer frischen Alopecia areata stammenden Präparats.

An den Schnitten dieses Präparats bemerkt man unter dem Mikroskop Stellen, an denen die Cutis ihrer Haarfollikel gänzlich beraubt ist. Nur in der Tiefe der Cutis sind einzelne Läppchen der Talgdrüsen übrig geblieben. Sie stehen vereinzelt oder zu Zweit und Dritt zusammen und sind in verschiedenem Grade hypertrophisch. Ferner finden sich in der Cutis noch glatte, stark hypertrophierte Muskeln. Die Epidermis scheint an den betreffenden Stellen unverändert zu sein, nur die Hornschicht ist ein wenig verdickt, besonders an den Stellen der ehemaligen Follikel-Ausführungsgänge. Daselbst besteht sogar eine Hyperkeratose, eine Anhäufung von Hornlamellen in Form eines Hornblocks mit einzelnen Herden von Flaschenbacillen. Nur an vereinzelten Stellen der Epidermis finden sich an ihrer Oberfläche kleine parakeratotische Schuppen, zum Teil recht dick, mit Reihen von flachen Kernen in ihrem Innern, aber ohne Anhäufung von Leukocyten. Unterhalb dieser Schuppen liegt eine neugebildete, normale Hornschicht und in der entsprechenden Gegend der Stachelzellenschicht einige wenige Mitosen, woraus folgt, dafs an diesem Punkt der Epidermis ein leichtes Ödem und Umbildung einzelner Zellreihen in parakeratotische Schuppen besteht, während darunter Proliferation von Stachelzellen, Mitosenbildung und Neubildung einer normalen Stachel- Körner- und Hornschicht statt hat.

An anderen Stellen des Präparats sieht man neben stark veränderten Follikeln ohne Haare auch solche mit Haaren. Bei allen diesen Follikeln sind die Ausführungsgänge in verschiedenem Grade erweitert und enthalten Anhäufungen konzentrisch gelagerter Hornlamellen. Diese sind normaliter keratinisiert, ohne Pigment und nehmen sich teils wie kleine Aknecomedonen, teils wie kleine Cocons (SABOURAUD), teils wie kleine Hornpfropfen aus. Bei einzelnen dieser veränderten Haarfollikel sind die Ausführungsgänge ampullenartig erweitert und nehmen bald mehr kugelige, bald mehr ovaläre, bald ganz unregelmäfsige Formen an. Diese von SABOURAUD „Utricules peladiques" genannten Erweiterungen sitzen bald im oberen Teil des Ausführungsganges, bald ganz in seiner Tiefe, und man hat es bei dem einen Follikel nur mit einem einzigen grofsen Utriculus, bei einem anderen mit zwei, drei, oder gar vier übereinander liegenden Ampullen zu thun. In solchen Fällen sind die einzelnen Erweiterungen von ungleicher Gröfse, füllen die centralen Teile des leeren Follikels aus und dehnen sich zuweilen sogar bis zu den Talgdrüsen aus. In den oberen Teilen der Ausführungsgänge sind die ampullenartigen Erweiterungen fast ganz von Anhäufungen von Hornlamellen ausgefüllt. Diese sind in den centralwärts gelegenen Teilen der Ampullen viel spärlicher und finden sich hier nur an den Wänden, so dafs die tieferen Teile der utriculi leer erscheinen. Die comedonen- und coconartigen hornigen Ansammlungen innerhalb der Utriculi enthalten ungeheure Mengen kleinster, wohlbekannter, von SABOURAUD beschriebener Bacillen.[1] Er kommt, nach SABOURAUD, bei der Seborrhoe, der Alopecia areata und dem einfachen Haarschwund vor und wurde von ihm als Mikrobacillus seborrhoicus oder „microbacille de l'utricule peladique, de la calvitié" u. s. w. bezeichnet. Dieser SABOURAUDsche Bacillus ist bekanntlich mit dem kleinen Aknebacillus identisch, der 1894 gleichzeitig von UNNA[2] und von mir[3] beschrieben wurde. UNNA hatte ihn in histologischen Präparaten der Akne und ich bei den Comedonen der Akne punctata gefunden.

Neben diesem Mikrobacillus kommen in jenen Hornanhäufungen der Follikelerweiterungen noch andere Mikroorganismen vor, nämlich Flaschenbacillen und Kokken. Auch findet man endlich in den Utriculis Bruchstücke ehemaliger pigmentierter Haare. In einzelnen der veränderten Haarfollikel haben die cellulären Scheiden ein ganz unregelmäfsiges Aussehen bekommen; bald sind sie sehr verdünnt und auf nur wenige Zell-

[1] Vergl. hierzu die zahlreichen Arbeiten von SABOURAUD in den *Annales de Dermatologie* 1896, Heft 2, 3, 4, 5, 6. Recherches expérimentales sur la cause de l'Alopécia aréata, sur les causes de l'alopécie — und in den *Annales des Institut Pasteur* 1897: La seborrhoe grasse et la pelade — sowie auch in den *Annales de Dermatologie* 1897, Heft 3: Sur la nature, la cause et le mécanisme de la calvitié.

[2] Vergl. UNNA, Histopathologie.

[3] Vergl. *Monatshefte für prakt. Dermatologie* 1894, Bd. II.

reihen beschränkt, bald wieder verdickt und zuweilen wechselt eine dünne Schicht mit einer dicken ab. Einzelne von ihnen enthalten noch seitwärts hypertrophierte Talgdrüsen mit ihren fibrösen Scheiden.

Wie bereits erwähnt, kommen in den Präparaten auch Follikel zur Ansicht, die teilweise noch dicke und gut pigmentierte Haare enthalten, während sie in anderen dagegen nur zart und ganz wenig gefärbt sind. Alle diese Follikel besitzen noch ihre Zellscheiden mit wechselnden Lagen gut gefärbter Zellreihen und mit ihren Talgdrüsen, die zum Teil hypertrophiert sind. Diese follikulären Zellscheiden sind von fibrösen Hüllen umgeben. Einzelne dieser Follikel enthalten keine eigentlichen Utriculi, indem nur der obere Teil ihrer Ausführungsgänge etwas erweitert ist und hier und da kleine Mengen von Hornlamellen in Form von Comedonen oder Cocons enthält mit zahlreichen Mikrobacillen und weniger zahlreichen Kokken und Flaschenbacillen.

Die Kapillaren und alle Gefäſsverzweigungen in der Cutis sind erweitert, ebenso die Lymphspalten, auch besteht etwas Ödem. Die Gefäſs- und Kapillarwände sind verdickt und man bemerkt eine Zellinfiltration, die sich aus mehrreihigen, proliferierten, perithelialen Zellen und aus parallel gelagerten hypertrophierten spindelförmigen, flachen Kernen zusammensetzt. Auch eine perivaskuläre, wechselnd starke Zellinfiltration ist vorhanden; sie besteht aus Bindegewebszellen von verschiedenem Bau; die einen haben stark hypertrophierte Kerne, bei den anderen sind sie weniger groſs, eiförmig oder rund, flach und ganz unregelmäſsig, endlich finden sich auch Bindegewebszellen mit kleinem, rundlichem, dunkelgefärbtem und chromatinreichen Kern, so daſs sie für Lymphocyten gelten könnten, wenn nicht alle Übergangsformen zwischen diesen Lymphoidzellen und den regelrechten, spindelförmigen Bindegewebszellen vorhanden wären. Denn es fehlen auch nicht kleine, rundliche dunkelgefärbte Kerne neben etwas gröſseren, ganz runden, ovalären oder unregelmäſsig geformten, letztere mit kleinen Fortsätzen, so daſs sie teilweise dreieckig erscheinen; andere wiederum weisen kleine Ausschnitte auf, noch andere sind abgeflacht und spindelförmig oder in die Länge gezogen und in der Mitte eingeschnürt, als ob sie sich teilen wollten. Dieser Teilungsprozeſs hat sich bei einzelnen Kernen schon vollzogen, beide Hälften liegen dann dicht nebeneinander. Überhaupt sind amitotische Zellteilungen in diesem ganzen Infiltrationsgebiet nichts Seltenes.

Die Wände der subpapillaren Gefäſsverzweigungen und Kapillaren sind im ganzen etwas weniger verdickt und infiltriert als diejenigen der in der Mitte und tiefer liegenden Cutisgefäſse, bei diesen letzteren dagegen ist beides, Infiltration und Verdickung, streckenweise sehr stark ausgesprochen. Die perivaskuläre Infiltration der Kapillaren und der meisten Gefäſse besteht zumeist aus groſs- und mittelkernigen Bindegewebszellen

und enthält nur wenige von den Zellen mit kleinem, rundlichem, stark gefärbtem Kern; doch sind auch diese letzteren bei der perivaskulären Infiltration einzelner Gefäfse in den tieferen Teilen der Cutis neben den übrigen runden, ovalären, platten und unregelmäfsig geformten Bindegewebszellen zahlreicher vertreten. Eine teilweise oder eine geschlossene Infiltration weisen ferner manche Follikel auf, und zwar sowohl solche mit Haaren, wie solche ohne Haare. Hier wird das Infiltrat zumeist von den kleinen, rundlichen Zellen mit dunkelgefärbtem Kern gebildet, untermischt allerdings mit den anderen Formen der Bindegewebszellen. Die meisten Follikel aber sind gar nicht oder fast gar nicht infiltriert. Auch gewahrt man in einzelnen Gefäfsen oder lose im Gewebe hin und wieder vereinzelte polynukleäre Leukocyten. Nur Lymphkörperchen trifft man nirgends, weder in der Nachbarschaft der Gefäfse oder der Follikel, noch im Gewebe.

Die Bindegewebszellen des Gewebes sind beträchtlich hyperplastisch und hypertrophiert, ihre Kerne und ihr spongiöses Protoplasma ebenfalls stark hypertrophisch, letzteres aufserdem mit vielen Ausläufern versehen; daneben kommen auch viele Mastzellen vor, namentlich in der Gegend der perivaskulären und der perifollikulären Zellinfiltrate, sowie an den Stellen, wo die Bindegewebszellen hyperplastisch sind.

Die Entzündung erscheint überall dort, wo Follikel sich befinden, viel stärker, die Infiltrate viel massiger, die Hyperplasie und Hypertrophie der Bindegewebszellen viel kräftiger, während an den Stellen des Präparats, an denen Follikel gänzlich fehlen, auch alle jene Entzündungserscheinungen nur geringer angedeutet sind. An diesen Stellen kommen dagegen in der Cutis stark erweiterte Lymphspalten vor, zwischen den kollagenen Fasern bestehen leere Zwischenräume, und die Gefäfse sind stellenweise varikös erweitert.

Auch um die Schweifsdrüsen herum beobachtet man geringe perivaskuläre Infiltration mit einzelnen Mastzellen und stellenweise innerhalb des Gewebes Pigmentanhäufungen, ohne Unterschied in Bezug auf das Vorhandensein oder das Fehlen von Follikeln. Etwas Pigment lagert auch überall an den basalen Zellreihen der Epidermis.

Histologische Untersuchung von Hautpräparaten einer mit Chrysarobin behandelten Alopecia areata.

Hier folgen zuerst die Untersuchungsergebnisse der beiden Präparate von frischer Alopecia areata des ersten Falles. Die Haare waren daselbst, wie man sich erinnern wolle, völlig geschwunden und es war dann 14 Tage lang mit dem Chrysarobinstift behandelt worden, bis sich einzelne neugebildete Härchen zeigten. Unter dem Mikroskop erkennt man nun an der Epidermis eine Abblätterung von Hornlamellen, eine durch das

Chrysarobin bewirkte weinheferote Färbung der oberen und basalen Teile der Hornschicht und eine Anhäufung von gelbem Farbstoff am Grunde der Hornschicht.[4] In den unmittelbar unter der Hornschicht gelegenen oberen Reihen der Stachelzellen besteht, entsprechend dem Grade der Chrysarobinreizung, ein an Stärke wechselndes inter- und intra-celluläres Ödem; die Zwischenzellräume sind etwas erweitert; das Zellprotoplasma ist ödematös, hypertrophiert, schlecht färbbar und mit Vakuolen versehen; einzelne Zellen sind sogar von einem ödematösen Hohlraum umgeben (Leloirs „altération cavitaire“). Das Keratohyalin ist geschwunden und die obersten, ödematösen Zellreihen sind in eine parakeratotische desquamierende Schicht umgewandelt, in der neben parallel gelagerten Reihen atrophischer flacher Kerne eine Anhäufung von gelbem Pigment enthalten ist. Dies Pigment besteht teils aus einzelnen, regellos verstreuten Körnern, teils aus Anhäufungen von solchen, teils sind sie den Kernreihen in feinen Linien aufgelagert und erscheinen dann als kleine, flache Pigmentblöcke; auch nimmt der Farbstoff endlich stellenweise infolge der Chrysarobinfärbung eine rötliche Schattierung an. Die ganze pigmentierte, desquamierende Schicht ist streckenweise zart, an anderen Stellen dicker und an einzelnen Stellen sogar in zwei dicke Lamellen aufgeblättert.

Unterhalb der Desquamationsschicht besteht eine sehr lebhafte Proliferation der unteren Stachelzellenreihen, man findet, namentlich an den basalen Reihen, sehr zahlreiche Mitosen, und stellenweise bildet sich schon eine neue Stachelschicht, die dicker als die alte ist, d. h. aus mehr Reihen von Stachelzellen sich zusammensetzt; auch enthalten die einzelnen Zellen mehr und besser gefärbtes Protoplasma, sowie stärkere und an Chromatin reichere Kerne. Desgleichen bildet sich auch schon eine neue Körnerschicht, die ebenfalls umfangreicher als ihre Vorgängerin ist, und endlich eine normale, helle Hornschicht, durch welche die pigmentierte, desquamierende Schicht verdrängt wird. — Dieser nämliche Vorgang von Desquamation und kräftiger Zellproliferation wiederholt sich nach jeder Reizung der Haut mit Chrysarobin.

Die Follikelöffnungen sind bald mehr, bald minder erweitert; bei einzelnen ist die Erweiterung sogar ganz beträchtlich und die Hohlräume sind dann von zahlreichen, aufeinander gestapelten Hornlamellen, wie von einem kleinen Pfropfen, ausgefüllt. Die einzelnen Pfropfen haben verschiedene Größe und verschiedenes Aussehen, die einen laufen nach unten spitz zu, etwa wie ein Trichter, andere sind dagegen unten breiter

---

[4] Die abblätternden oberen Lagen der Hornschicht sind durch das Chrysarobin diffus weinrot gefärbt. Der Farbstoff ist hier stellenweise in gröberen oder feineren Massen, in kleinen, farbigen Kristallen oder in zarten roten Linien abgelagert. Stellenweise nimmt das angehäufte gelbe Pigment durch die Färbung mit Chrysarobin auch eine rote Schattierung an.

als oben, oder sie haben runde, ovaläre, cylindrische, konische, cylindrokonische u. s. w. u. s. w. oder ganz unregelmäſsige Formen. Einige von ihnen sind ganz klein, wie kleine Stacheln[5] und füllen nur den oberen Teil der Follikelöffnung aus, andere, gröſsere, nehmen den ganzen Hohlraum ein; zum Teil sehen sie wie kleine Cocons (Sabouraud) oder etwa wie Comedonen der Akne punctata aus. Sie enthalten in ihrem Innern dann wohl kleine Höhlen, die durch ganz dünne Hornschichten abgetrennt sind, wobei dann im allgemeinen eine gröſsere, centrale Höhle am Grunde des Comedo liegt. Auſserdem enthalten diese, die Follikelöffnungen ausfüllenden Pfropfen, Cocons oder Comedonen auch noch vereinzelte oder zu gröſseren Haufen angesammelte Sabouraudsche Mikrobacillen, sowie auch noch Flaschenbacillen und Kokken; doch sind die Mikrobacillen bei weitem in der Überzahl. Diese drei Mikrobienarten finden sich auch in den desquamierenden, parakeratotischen Lamellen der Oberflächenepidermis, doch hier in verhältnismäſsig geringerer Menge.

Einzelne der kleinen Comedonen sind von oben bis unten von einem centralen Kanal mit seitlichen Ausbuchtungen durchsetzt. Der Kanal mündet nach unten in eine gröſsere Höhle und zieht mitten durch zahlreiche Herde von Mikrobacillen. Aber nicht in allen Follikelöffnungen nehmen die Hornpfropfen die Form von Cocons oder Comedonen an, obschon sie aus denselben Hornlamellen bestehen. Vielmehr sehen einzelne von ihnen wie ein Hornblock aus, enthalten fast keine Hohlräume, kaum einzelne, enge Spalten mit vereinzelten oder mit kleinen Ansammlungen von Mikrobacillen. Die kleinen Hornpfröpfe sind bald teilweise, bald ganz, bald stärker, bald schwächer durch das Chrysarobin weinheferot gefärbt und enthalten, besonders in ihren äuſseren Teilen, wechselnde Mengen von gelbem Pigment; die meisten von ihnen besitzen auſserdem nach auſsen hin auch parakeratotische Hornlamellen mit Reihen abgeplatteter und pigmentierter Zellen. Daneben kommen in den Follikelöffnungen hin und wieder auch ganz normal keratinisierte Hornlamellen vor, ferner auch Ansammlungen von Hornmassen mit nur wenig Pigment, oder die durch das Chrysarobin noch nicht rot gefärbt sind. In einzelnen Follikelöffnungen befinden sich die Hornpfropfen auf dem Wege der Ausstoſsung oder sind bereits ganz losgelöst; sie hinterlassen dann in dem erweiterten Follikel einen leeren Hohlraum; doch ist das nur bei den wenigsten der Fall. Einzelne der sogenannten Cocons oder Comedonen enthalten seitlich oder in ihrer Mitte kleine Härchen, die von ihnen manschettenartig umgeben werden.

In den beiden, zu dieser Untersuchung benutzten Hautstückchen

---

[5] In der Arbeit von Dr. Beek, Über Resorcinschwarten (*Monatshefte für prakt. Dermatologie* 1897, Bd. 25) sind alle Formen dieser intracellulären Hornpfropfen beschrieben. Beek hat sie mit einer eingehenden Sorgfalt studiert und geschildert.

waren sämtliche erkrankten Haare schon ausgefallen, so daſs nur die von Hornmassen ausgefüllten Follikelöffnungen übrig blieben. Nur einzelne von ihnen enthielten noch die alten follikulären Zellscheiden; die Talgdrüsen waren gänzlich atrophiert und in eine sich lockernde Schuppe umgewandelt. An der Innenfläche der ehemaligen Zellscheiden erkennt man noch die alten inneren Hornwände der erkrankten Follikel und die innere Hornbekleidung der Talgdrüsenausführungsgänge; sie sind durch das Chrysarobin weinheferot gefärbt; auch sind noch die Umrisse von Vakuolen einzelner erhaltener Talgdrüsenzellen vorhanden. Mehrere nach innen gelegene Zellreihen der atrophischen Scheiden haben sich in eine parakeratotische Schuppe umgeformt und enthalten Reihen flacher atrophischer Kerne neben groſsen Massen körnigen, gelben Pigments. Dieses lagert in besonders groſser Menge auf den Kernen, so daſs sie wie kleine, flache Pigmentblöcke aussehen. In den mittleren und äuſseren Zellreihen der erwähnten Zellscheiden sind die Kerne teils zertrümmert, teils zu länglichen, sonderbaren Formen verzerrt, während andere ihre ursprüngliche Form bewahrt haben; die ganze Zellscheide aber ist in eine Art Schuppe oder Kruste verwandelt. Auch die Kerne der atrophischen Talgdrüsen sind zerfallen oder in die Länge gezogen, die Drüse selber ist in ihrem ganzen Umfang in eine Schuppe verwandelt, hat aber dabei die längliche Drüsenform behalten. Beide, die veränderten Zellscheiden und Drüsen, sind in einzelnen Follikelöffnungen noch im Wege der Lockerung, bei anderen schon ganz abgestoſsen. Daneben ist die Bildung neuer Zellscheiden rings um die alten und um die Hornpfropfen schon in vollem Gange, man erkennt eine Proliferation junger, basaler Stachelzellen von der Epidermis gegen die Cutis hin überall im Umfange der Follikelöffnungen. Einzelne dieser neuen Zellscheiden sind erst wenig entwickelt, andere dagegen schon fast ausgewachsen, mit vielen Reihen von Stachelzellen, deren Kerne umfangreich und stark chromatinhaltig sind, deren Protoplasma hypertrophisch und gut gefärbt erscheint. Naturgemäſs besteht in diesen jungen Zellscheiden noch eine lebhafte Proliferation, zahlreiche Mitosen und amitotische Zellteilungsfiguren, besonders in den äuſseren Reihen. Diese letzteren sind cylindrisch, die mittleren und inneren Lagen dagegen parallel zur mittleren Achse des Follikels angeordnet. An den inneren Teilen der jungen Zellscheiden wächst in der Höhe der Follikelöffnung eine neue umfangreiche Körner- und Hornschicht, die den alten, atrophischen Haarfollikel von allen Seiten umgiebt und ihn aus seinen Zusammenhängen löst. In der Mitte einzelner junger Zellscheiden erkennt man nun auch schon neugebildete, noch ganz pigmentarme Härchen mit vollem Bulbus. Sie sind direkt aus der Umwandlung von Zellen der neugebildeten inneren Hornscheide in Haarmasse entstanden. Zuweilen sieht man in einer einzigen Zellscheide sogar 2—3 neue Härchen auf einmal, ein jedes mit

seiner besonderen Cuticula. Neue Talgdrüsen fehlen noch; nur bei einzelnen der jungen Zellscheiden gewahrt man schon drüsenartige Auftreibungen der Stachelzellen; ihre Umformung in Talgzellen hat aber noch nicht stattgefunden. Auch die neuen Haarpapillen sind noch nicht angedeutet; die jungen Zellscheiden sind noch sackartig geschlossen. Die Zellscheiden sind ringsherum von neugebildetem, fibrösem Gewebe umgeben, das sich aus Bindegewebszellen mit flachen Kernen zusammensetzt und parallel laufende Ringe fibröser Fasern bildet.

Durch die wiederholte Ätzung mit Chrysarobin ist, wie bei der Epidermis, so auch bei einem Teil der jungen Zellenscheiden an ihren inneren Schichten ein intra- und intercelluläres Ödem entstanden, das Keratohyalin der neugebildeten Körnerschicht rings um die Follikelöffnungen ist verschwunden und die ödematösen inneren Schichten stofsen sich als parakeratotische Lamellen ab und führen einen grofsen Teil der abgeplatteten und ungefärbten Kerne der äufseren Schichten mit sich, während die Kerne der inneren Schichten Pigmentanhäufungen enthalten und selber wie kleine, flache, gelbgefärbte Pigmentstäbchen mit einer Schattierung ins Rote erscheinen. Jene parakeratotischen, Pigment führenden Lamellen sind durch das Chrysarobin weinheferot gefärbt und umgeben die jungen Haare zum Teil manschettenartig. Es werden also die cocon- und comedoartigen Hornanhäufungen innerhalb der Follikelöffnungen nach und nach verdrängt und ersetzt durch die jungen, parakeratotischen, sehr pigmentreichen Hornlamellen, die von den inneren Schichten der neugebildeten Zellscheiden sich loslösen und in den erweiterten Follikelöffnungen frische Anhäufungen parakeratotischer Hornmassen bilden, wobei sie zum Teil auch wieder die Form von Cocons und Comedonen annehmen. Auch sie enthalten den Mikrobacillus, freilich in viel geringerer Menge, als die von ihnen verdrängten alten Hornpfropfen.

An den äufseren Schichten der neugebildeten Zellscheiden besteht infolge der wiederholten Ätzungen mit dem Chrysarobinstift eine starke Zellproliferation mit zahlreichen Mitosen, sowie Bildung einer neuen, follikulären Stachelschicht, die gröfser ist als ihre Vorgängerin, da sie mehr Reihen von Stachelzellen enthält. Auch die neu sich bildende Körnerschicht ist umfangreicher, als die zu Grunde gegangene. Es wird also mit jeder neuen Ätzung durch Chrysarobin an den neugebildeten Zellscheiden jedesmal eine Abschuppung der inneren Zellreihen und eine sehr lebhafte Zellproliferation mit reichlicher Mitosenbildung an den äufseren Zellreihen bewirkt, und dadurch wird die Bildung neuer Follikel in die Wege geleitet.

Bei den anderen fünf Präparaten von Alopecia areata — sie stammten vom zweiten und dritten Fall, bei denen, wie man sich erinnern wolle, die

ihrer Haare anfänglich völlig beraubte Haut nach acht- bis zehnwöchentlicher Behandlung mit Chrysarobin wieder jungen, normalen Haarwuchs zeigte — war der mikroskopische Befund der nämliche. Auch hier sind die alten, erkrankten Follikel atrophiert oder schon ganz verschwunden. Der Unterschied zwischen den beiden Sorten von Präparaten besteht nur darin, daſs bei den letzteren infolge der viel häufigeren Chrysarobinreizung die jungen Follikel mehr Zeit gehabt haben, sich zu entwickeln und demgemäſs auch schon fast alle mit Talgdrüsen versehen sind. Sie sind hier daher auch gröſser und zahlreicher, als in den beiden Präparaten des ersten Falles, enthalten gröſstenteils schon junge Haare, zum Teil sogar auch schon neue Papillen, in denen junge, kräftigere und stärker gefärbte Haare mit hohlem Bulbus eingeschlossen sind. Auch neue Musculi erectores pil. sind hier und da schon ausgebildet. Die Veränderungen an der Cutis lassen bei beiden Sorten von Präparaten kaum einen Unterschied erkennen. Bei allen sieben Hautstückchen beobachtet man eine Erweiterung der Kapillaren und sämtlicher Gefäſsverzweigungen von öfters varikösem Charakter, daneben auch eine bisweilen ganz beträchtliche Erweiterung der Lymphspalten. Die Wände der Kapillaren und der übrigen Gefäſse sind infiltriert und verdickt, als Folge einer Proliferation und Hypertrophie mehrfacher Reihen perithelialer Zellen mit groſsen, spindelförmigen, flachen Kernen, die in parallelen Reihen stehen. Auſserdem besteht rings um alle Gefäſswände eine Infiltration kleiner Bindegewebszellen mit kleinen, mehr oder weniger runden Kernen, die dunkel gefärbt und chromatinreich sind und mit Lymphkörperchen Ähnlichkeit haben, nur daſs sie sich von diesen durch die Unregelmäſsigkeit ihrer Form, ihre wechselnde Gröſse und ihren Chromatingehalt unterscheiden. Es sind alle Übergangsformen zwischen diesen Zellen und den so charakteristischen Spindelzellen vorhanden. Innerhalb der beschriebenen perivaskulären Zellinfiltration kommen auch groſse Bindegewebszellen mit groſsen, ovalären, spindelförmigen oder unregelmäſsigen Kernen vor, die wechselnd stark gefärbt sind und ein spongiöses, massiges Protoplasma besitzen; doch haben einzelne dieser Bindegewebszellen ganz blasse und im Schwinden begriffene Kerne. Die erwähnte kleinzellige, perivaskuläre Infiltration mit rundlichem Kern ist stellenweise sehr bedeutend und nimmt groſse Strecken des Cutisgewebes rings um die Gefäſsverzweigungen, auch der Papillen, ein, ja, erstreckt sich teilweise sogar bis zum Papillarkörper und bis zu dessen oberen Partien. Besonders um die neugebildeten Follikel herum befinden sich groſse Herde dieser kleinzelligen Infiltration. Einzelne Papillen sind sehr groſs und durch und durch infiltriert. Auch bilden hin und wieder zwei bis drei Papillen infolge dieser Infiltration eine einzige Masse; ferner trifft man auf Zellinfiltrate, die in den tiefsten Schichten der Cutis beginnen und zum Teil die ganze Lederhaut bis an

die Spitze der Papille durchsetzen. Andererseits kommen auch wieder Papillen vor, die ganz frei von Infiltraten sind; das nämliche gilt von manchen Gefäſsverzweigungen, so daſs manche Gefäſswände nur durch parallele Reihen perithelialer Zellen mit flachen Kernen etwas verdickt sind. Bei den meisten Gefäſsverzweigungen bis auf die Kapillaren herab ist aber ein sehr starkes, perivaskuläres, kleinzelliges Infiltrat vorhanden, das streckenweise besonders mächtig ist und, besonders um die Follikel herum, groſse Teile des Cutisgewebes einnimmt. Obwohl die Zellinfiltration auch in einigen Papillen sehr deutlich ist, so beschränkt sie sich doch im allgemeinen mehr auf die unteren und mittleren Teile der Cutis. Im oberen Teil dieser letzteren stöſst man auf Bindegewebszellen mit bizarren, länglichen Formen, wie Auswandererzellen. — Die Bindegewebsfasern an den perivaskulären Infiltrationsherden sind rarefiziert und einzelne von ihnen gegen die Peripherie verdrängt, woselbst sie dichter und dicker sind. Ferner enthalten die Infiltrationsherde viele mitotische und amitotische Teilungsfiguren, auch groſse Bindegewebskerne mit vielen und umfangreichen Chromatinkörnern, die mitosenartig gelagert sind; oder diese Chromatinkörner finden sich auch zerstreut mitten unter den perivaskulären Infiltraten. Einzelne Gefäſslumina enthalten ab und zu vielkernige Leukocyten in geringer Menge; doch trifft man sie auch an der Auſsenseite der Gefäſswände an; aber nirgends bemerkt man Ansammlungen von Lymphocyten.

Die Bindegewebszellen der Cutis sind beträchtlich hypertrophiert und hyperplasiert, ihre Kerne vergröſsert, ihr spongiöses Protoplasma gleichfalls hypertrophisch, mit zwei und mehr Ausläufern versehen. Auch enthalten sie mitotische und amitotische Kernteilungsfiguren und zum Teil sehr groſse, blasse, in der Rückbildung begriffene Kerne. In einem der Präparate, das von einem acht Wochen lang mit Chrysarobin behandelten Falle herrührte, sind die Bindegewebsfasern streckenweise wellig wie im Normalen und nur an einzelnen Stellen langgestreckt wie im Narbengewebe. Mastzellen kommen in allen sieben Präparaten mehr oder weniger zahlreich vor, besonders in den perivaskulären Zellinfiltraten, aber auch hin und wieder im Cutisgewebe. Hier findet sich auch viel gelbes Pigment, bald in Form von Blöcken, bald in Form von Körnern, die in den Zellinfiltraten rings um die Gefäſswände gelagert sind und die Cutis in ihrer ganzen Dicke von unten nach oben durchsetzen, teilweise sogar bis zur Spitze der Papillen reichen. In der neugebildeten Stachelschicht dagegen kommt keine Pigmentanhäufung vor.

In denjenigen Fällen, in denen eine Chrysarobinbehandlung stattgefunden hatte, ist die Entzündung in der Cutis viel heftiger als in den früher beschriebenen, nicht vorbehandelten Fällen. Dementsprechend sind bei den Fällen mit Chrysarobin die Zellinfiltrate im Gewebe und rings um

die Gefäfse viel reichlicher und die Hypertrophie und Hyperplasie der Bindegewebszellen viel mächtiger, besonders aber die Herde kleinzelliger Infiltrate viel umfangreicher als in den Präparaten, die von nicht behandelten Fällen stammten; hier sind vielmehr die Zellanhäufungen um die Gefäfse und im Gewebe, sowie die Herde kleiner, rundlicher Zellen sehr spärlich.

Histologische Untersuchung der Haut einer nicht behandelten, sondern spontan geheilten Alopecia areata.

Von diesem Falle hatte ich drei Hautstückchen zur Verfügung. Das erste Präparat, das von einer nur vier Monate alten Alopecia areata herrührte, zeigt wenige neugebildete, kleine Haare, die von selbst gewachsen waren. Unter dem Mikroskop sieht man hier, wie sich von der Epidermis die obersten Lamellen, die Flaschenbacillen und andere, sehr kleine Bacillen enthalten, abblättern. Darunter liegen eine normale Körner- und Stachelschicht. In den erweiterten Follikelöffnungen besteht neben Hyperkeratose Ansammlung konzentrisch gelagerter Hornlamellen, die auch hier mitunter die Form von Cocons oder kleinen Comedonen annehmen und auch hier Mikrobacillenhaufen und Haufen von Flaschenbacillen und Kokken enthalten. Die Hornpfropfen bestehen hier aus nicht pigmentierten Hornlamellen, die konzentrisch gelagert und zum gröfsten Teil normal keratinisiert sind. Nur ausnahmsweise stöfst man auf parakeratotische Lamellen mit Reihen von platten Zellen.

Von den alten, kranken Follikeln ist jede Spur verschwunden, und um die Follikelöffnungen herum gewahrt man nur einzelne neugebildete Zellscheiden, hervorgegangen aus einer Proliferation der basalen Stachelzellen gegen die Cutis hin. Zum Teil sind diese Zellscheiden erst in der Bildung begriffen, andere, weiter vorgeschrittene, enthalten Reihen follikulärer Stachelzellen, die gut gefärbt sind, wie im Normalen; in der Höhe der Follikelöffnung lagern dann eine Schicht gut gefärbter und eine Schicht heller, farbloser Körnerzellen (innere Hornscheide). Die meisten dieser jungen Zellscheiden weisen noch keine Haare auf, nur einzelne von ihnen enthalten bereits helle, fast farblose Haare mit vollem Bulbus. Ringsherum sind fibröse Hüllen im Entstehen begriffen, die sich aus ringförmigen Reihen flachkerniger Bindegewebszellen aufbauen. Junge Talgzellen und junge Haarpapillen zeigen sich noch nirgends. In diesem Präparat einer vier Monate alten, vorher nicht behandelten Alopecie sind demnach die alten Follikel sämtlich verschwunden, von den neuen dagegen erst einzelne Zellscheiden in langsamer Entwickelung begriffen. Diese letzteren sind weniger umfangreich als die Zellscheiden der früheren, von mit Chrysarobin behandelten Fällen herstammenden Präparaten. Aber in den meisten Follikelöffnungen hat die Neubildung von Follikeln und Haaren noch nicht begonnen.

Die Lumina der Cutisgefäße sind, ebenso wie deren Lymphspalten, zum Teil sogar beträchtlich erweitert, die Wände der Gefäße und Kapillaren nur wenig infiltriert und verdickt, so daß sie nur wenige Reihen proliferierter perithelialer Zellen mit flachen Kernen enthalten. Bei den mit Chrysarobin behandelten Fällen sind, wie wir gesehen haben, Verdickung und Infiltration viel bedeutender. Desgleichen fehlen in den vorliegenden Präparaten auch die großen perivaskulären Infiltrate kleiner Bindegewebszellen mit kleinen, rundlichen, dunkel gefärbten Kernen; sie sind nur andeutungsweise vorhanden. Die Bindegewebszellen der Cutis sind im Verhältnis zu denen der früheren Präparate nur wenig hypertrophisch und hyperplastisch.

Die beiden anderen Präparate von nicht vorher mit Chrysarobin behandelter Alopecia areata stammen von einem sieben, bezw. von einem neun Monate alten Falle. Hier besteht an der Epidermis ein leichtes inter- und intracelluläres Ödem der oberen Zelllagen; das Keratohyalin ist verschwunden, dafür hat sich eine parakeratotische Schuppe mit zahlreichen Reihen flacher Kerne gebildet, während unterhalb der Schuppe eine Proliferation der tieferen Stachelzellenreihen mit Mitosenbildung besteht und eine neue Stachelschicht im Entstehen begriffen ist. An anderen Stellen ist diese letztere mitsamt der Körner- und Hornschicht schon fertig und hat die überlagernde Schuppe schon abgestoßen. Die Epidermisschuppe enthält Flaschen- und Mikrobacillen.

Das bereits erwähnte Ödem ist bei diesen beiden Präparaten, die von spontan heilender Alopecia areata stammen, geringer als bei den mit Chrysarobin behandelten Präparaten; das nämliche gilt von der Proliferation der Stachelzellen; die Mitosen kommen nur in geringerer Anzahl vor, die neugebildete Stachelschicht ist weniger umfangreich, und die abschuppenden oberen Lamellen der Epidermis sind dünner und geringer an Anzahl. Das alles ist wohl eine Folge davon, daß bei diesen nicht mit Chrysarobin behandelten Fällen der Prozeß der Desquamation und der Proliferation sich nicht so oft wiederholt, wie das nach mehrfacher Chrysarobinätzung der Fall zu sein pflegt.

Die Follikelöffnungen sind auch hier von konzentrisch geschichteten Hornlamellen ausgefüllt, die zum größten Teil normal keratinisiert, nur ausnahmsweise parakeratotisch sind und Reihen flacher Zellen führen. Manche von ihnen haben die Formen von Cocons oder Comedonen und enthalten in ihrem Innern zum Teil recht ansehnliche Mengen von Flaschen- und Mikrobacillen. Einzelne dieser Hornmassen sind auch bereits gelockert und schicken sich an, zugleich mit den parakeratotischen Schuppen der Epidermis zu desquamieren. Die alten, erkrankten Follikel sind gänzlich verschwunden und neue Zellscheiden bereits vorhanden, die dicker und zahlreicher sind als in dem Präparat des nicht behandelten,

vier Monate alten Falles von Alopecia areata. Die meisten neuen Zellscheiden sind hier schon völlig entwickelt und von frischem, fibrösem Gewebe umgeben. Auch hier enthalten die jungen Zellscheiden schon Haare, und zwar mehr, als in dem vorhergehenden Präparat. Diese Haare sind zum Teil noch hell und erst wenig pigmentiert, stehen auch wohl zu zweit oder zu dritt dicht nebeneinander in der nämlichen Zellscheide; zum Teil sind sie aber schon dicker und gut pigmentiert. Sie haben alle noch einen vollen Bulbus, von Haarpapillen oder neugebildeten Musculi erectores ist noch nichts zu sehen. Die Talgdrüsen sind dagegen schon vorhanden oder im Entstehen begriffen. Die Proliferation der follikulären Stachelzellen ist verhältnismäfsig nur schwach, die Anzahl der Mitosen gering, die Zellscheiden im ganzen weniger kräftig als bei den Präparaten, an denen eine Chrysarobinbehandlung stattgefunden hatte. Das ist eigentlich alles selbstverständlich, da in den ersteren Fällen die Stachelzellen der follikulären Zellscheiden lange nicht so häufig zu einer Proliferation angeregt wurden; daher wachsen bei ihnen die jungen Follikel noch viel langsamer, als wie es nach voraufgegangener Chrysarobinätzung der Fall ist. Das kommt auch in dem viel geringeren Ödem der inneren Teile der jungen Zellscheiden zum Ausdruck; die lamellöse Abblätterung ist hier daher nur unbedeutend; die meisten der in den Follikelöffnungen angehäuften Hornlamellen sind vielmehr normal, nicht parakeratotisch, während wir doch gesehen haben, dafs bei den Präparaten, die von einer mit Chrysarobin bearbeiteten Haut stammten, Ödem und Desquamation parakeratotischer Lamellen viel häufiger und viel mächtiger auftraten.

Die Gefäfse der Cutis und die Lymphspalten sind auch in diesen beiden Präparaten, die von einer nicht behandelten, sieben bezw. neun Monate alten Alopecia areata herrührten, erweitert, einzelne Gefäfslumina zeigen diese Erweiterung sogar in sehr ausgesprochener und unregelmäfsiger Weise. In anderen Gefäfsen kommt es zur Stauung roter Blutkörperchen und zur herdweisen Ansammlung vielkerniger Leukocyten, d. h. zur Bildung kleiner erythrocytärer und leukocytärer Thromben. Die Gefäfswände sind stärker verdickt und infiltriert als in dem vorhergehenden Präparat; sie enthalten mehrere Reihen perithelialer, proliferierter Zellen mit bald flachen, bald ovalären und hypertrophischen Kernen; einzelne Kerne sind sehr stark hypertrophiert, blafs und in Rückbildung begriffen. Auch perivaskuläre, zum Teil recht ansehnliche Infiltrate kommen vor, wie in allen früheren Präparaten, so auch hier gebildet aus den kleinen Bindegewebszellen mit kleinem, rundlichen, dunkelgefärbten Kern, nur dafs hier die Infiltrate weniger massig sind als in den Präparaten, die einer mit Chrysarobin behandelten Haut entnommen sind. Lymphocytenanhäufung ist nirgends vorhanden. Die Bindegewebszellen sind in dem Präparat von neun Monate alter Alopecia areata hypertrophischer und hyper-

plastischer als in den beiden Präparaten von sieben bezw. von vier Monate alter Krankheit, obschon in allen drei Fällen kein Chrysarobin angewandt war. In dem Präparat des ältesten dieser drei Fälle kommen auch einige hypertrophische, blasse, im Wege der Rückbildung befindliche Kerne vor. Immer aber bleibt diese Hypertrophie und Hyperplasie der Bindegewebszellen hinter derjenigen, wie wir sie nach Chrysarobinbehandlung beobachtet haben, weit zurück. Mastzellen finden sich auch ohne Chrysarobineinwirkung, besonders in den perivaskulären Zellinfiltraten und an einzelnen Stellen der Cutis. Im ganzen ist die Entzündung der Cutis viel geringer, wenn der Chrysarobinreiz fehlt; das kommt dadurch zum Ausdruck, daſs perivaskuläre Zellinfiltrate und die Infiltrationsherde der kleinen, rundlichen Bindegewebszellen, sowie die Hypertrophie und die Hyperplasie der Bindegewebszellen des Cutisgewebes alle viel weniger ausgesprochen sind.

Schluſssätze.

In den sieben Fällen, die 2—8 Wochen lang mit dem 30%igen Chrysarobinstift geätzt waren, fanden wir also in der Cutis eine viel lebhaftere Entzündung als in den Präparaten, die von nicht behandelten Fällen herrührten. Bei den ersteren besteht eine ausgiebige Erweiterung sämtlicher Gefäſse und Lymphspalten, Verdickung der Gefäſswände, Proliferation der perithelialen Zellen und ihre Anordnung zu vielfachen parallelen Reihen, groſse Infiltrationsherde proliferierter Bindegewebszellen rings um die Gefäſswände und mitten im Gewebe, besonders massenhafte Anhäufung kleiner runder Bindegewebszellen, endlich Hypertrophie und Hyperplasie der Bindegewebszellen der Cutis. In der Nähe der Gefäſswände treiben sich im Gewebe viele Mastzellen umher. In einzelnen Gefäſsen und auch frei im Gewebe kommen hin und wieder polynukleäre Leukocyten vor; Anhäufungen von Lymphocyten fehlen aber durchaus. An der Epidermis entsteht nach mäſsiger Chrysarobinreizung in den oberen Lagen ein ödematöser Zustand mit nachfolgender Abblätterung einiger parakeratotischer und stark pigmentierter Lamellen; in den unteren Lagen der Epidermis dagegen kommt es zu äuſserst lebhafter mitotischer und amitotischer Proliferation der Stachelzellen gegen die Cutis hin und um die Follikelöffnungen herum. Dadurch entstehen neue follikuläre Zellscheiden, in deren Innern die Bildung junger, heller Härchen mit vollem Bulbus vor sich geht. Durch die genügend oft und genügend ausgiebig wiederholte Ätzung mit Chrysarobin wird diese Proliferation von Stachelzellen der Epidermis und von jungen Zellscheiden ebenso häufig angeregt, so daſs schlieſslich ganz neue follikuläre Zellscheiden entstehen. Diese Zellscheiden gewinnen durch genügend oft wiederholte Chrysarobinreizungen an Umfang, sie bekleiden sich mit frischen, fibrösen Hüllen und bringen

Fig. 1.

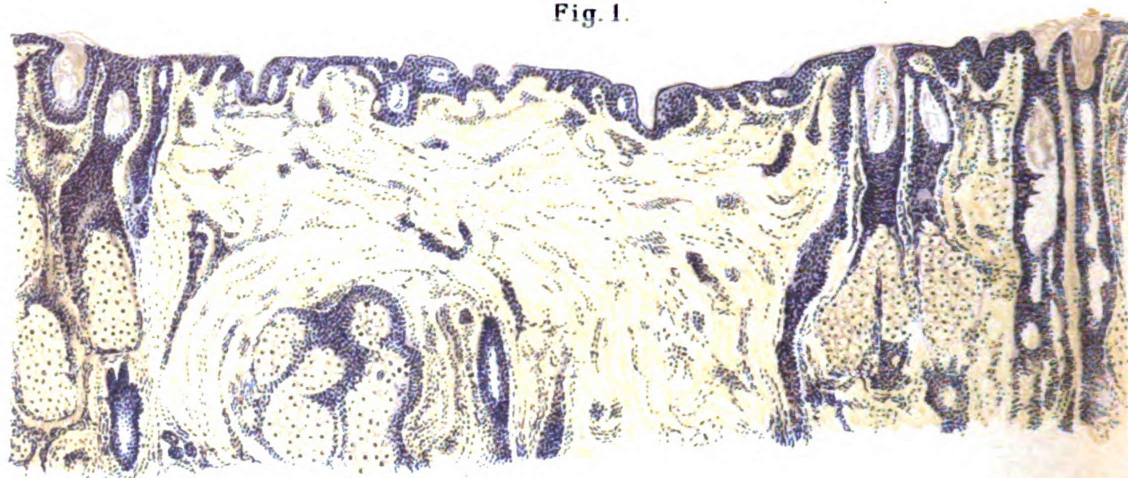


Fig. 2.

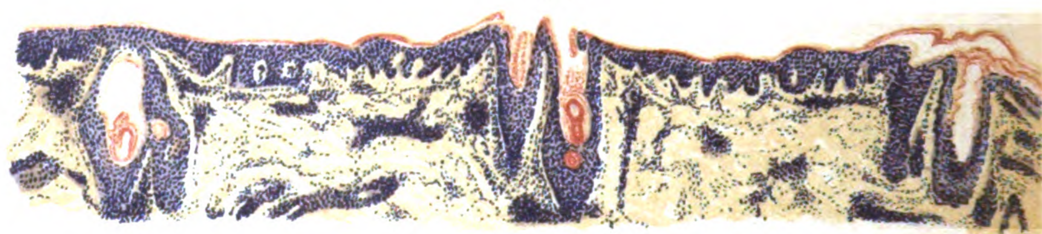
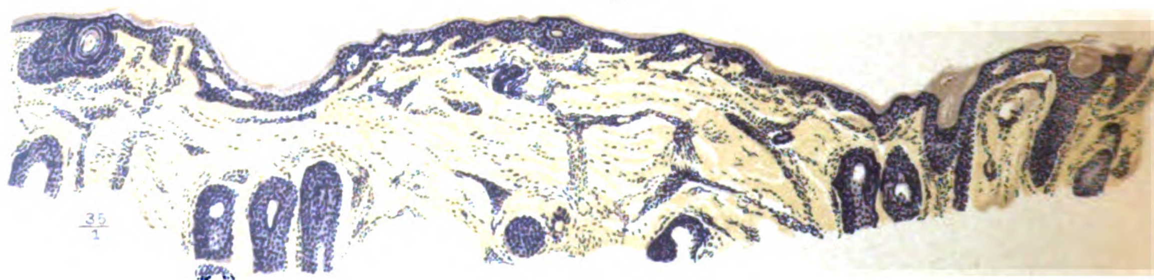


Fig. 3.



Hodara

Lith. Anst. v. Julius Klinkhardt, Leipzig.
Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

seitlich neue Talgdrüsen hervor. Zuletzt bilden sich dann auch noch neue Musculi erectores und neue Haarpapillen, in denen junge, kräftige und gut pigmentierte Haare mit hohlem Bulbus wachsen.

Bei diesen Präparaten von mit Chrysarobin behandelter Alopecia areata besteht an den inneren Flächen der neugebildeten Zellscheiden ein Wachstum zahlreicher parakeratotischer und pigmentierter lamellöser Schuppen, die sich infolge wiederholter Chrysarobinreizung häufig erneuern und von denen die alten Hornanhäufungen, die Cocons und Comedonen, die sehr reich an großen Herden von Mikrobacillen sind, rasch abgestoßen werden. An ihre Stelle treten neue parakeratotische Lamellen mit immer geringeren Mengen von Mikrobacillen.

Die Wirkung des Chrysarobins besteht aber darin, daß es nicht nur das Wachstum spontan entstandener junger Follikel befördert, sondern auch direkt die Bildung neuer Haarfollikel und neuer Haare verursacht. Werden dabei die Ätzungen mit Chrysarobin nicht genügend oft wiederholt, so kann das Wachstum der neuen follikulären Zellscheiden unvollkommen bleiben. Daher muß man die Chrysarobinbehandlung so lange fortsetzen, bis sich neue Follikel mit Haarpapillen und kräftigen, jungen, normal gefärbten Haaren zeigen.

Eine Entzündung der Cutis bestand ja allerdings auch in den drei Präparaten von nicht vorher mit Chrysarobin behandelter Alopecia areata; aber die Entzündung war hier doch viel geringer. Auf der Epidermis kommt es an den oberen Schichten nur zu einem geringen Ödem mit Bildung spärlicher, parakeratotischer, nicht pigmentierter Lamellen. Die mitotische und amitotische Proliferation der Stachelzellen an den unteren Schichten der Epidermis ist ebenfalls bei weitem geringer; infolgedessen geht hier auch die Bildung neuer Zellscheiden um die Follikelöffnungen herum viel langsamer vor sich. Die Anzahl von Mitosen in diesen jungen Zellscheiden bei nicht vorher mit Chrysarobin behandelter Alopecia areata ist viel geringer; desgleichen ist hier die Zellproliferation weniger reichlich und wiederholt sich viel seltener. Naturgemäß vollzieht sich dann auch das Wachstum der jungen Follikel und der jungen Haare bei mangelndem Chrysarobinreiz viel langsamer.

(Übersetzt von Dr. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Tafelerklärung.

Fig. 1. Präparat einer frischen, nicht behandelten Alopecia areata. Die Follikel sind sehr verändert, enthalten keine Haare mehr; ihre Öffnungen sind unregelmäßig erweitert und enthalten in ihrem oberen Teil Ansammlungen von hornigen Massen in Form von Cocons oder kleinen Comedonen; auch gewahrt man in ihnen ampullenartige Erweiterungen, die von SABOURAUD „Utricules peladiques“ genannt werden.

In einigen Teilen der Cutis sind Follikel und Haare verschwunden; auch bestehen Zeichen der Entzündung: Zellinfiltration im Gewebe und um die Gefäße herum

Fig. 2. Präparat einer neun Monate alten, nicht vorbehandelten Alopecia areata im Wege der Heilung. Man gewahrt Ansammlung von Hornmassen an den Follikelöffnungen und rings um sie herum neugebildete Zellscheiden, die durch Proliferation der Stachelzellen der Epidermis gegen die Cutis hin entstanden sind. Die neuen Follikel in dem Präparat von nicht behandeltem Alopecia areata entwickeln sich viel langsamer, als wenn eine mehrfache Ätzung mit Chrysarobin voraufgegangen wäre. Auch in der Cutis besteht Entzündung, Gefäßerweiterung und perivaskuläre Zellinfiltration; doch sind die Erscheinungen geringer als nach voraufgegangener Chrysarobinbehandlung.

Fig. 3. Präparat einer frischen Alopecia areata, die gänzlich frei von Haaren war und die 14 Tage lang, bis zur Neubildung kleiner Härchen mit Chrysarobin behandelt war. In einzelnen Follikelöffnungen finden sich kleine pigmentierte und durch Chrysarobin rot gefärbte Hornpfropfen. Rings um die Follikelöffnungen sieht man junge Zellscheiden, die aus einer Proliferation von Stachelzellen der Epidermis gegen die Cutis hin entstanden sind.

In der Cutis besteht eine verhältnismäßig stärkere Entzündung als in den nicht behandelten Fällen, d. h. große Herde von Zellinfiltration im Gewebe und um die Gefäße herum.

Die Abortivbehandlung der Gonorrhoe.

Eine neue Methode.

Von

Dr. C. Engelbreth-Kopenhagen.

Fast keine andere Therapie ist der Gegenstand so vieler Versuche und getäuschter Erwartungen, einerseits so vieler Begeisterung und andererseits so zurückweisender Skepsis oder Tadel gewesen, als die abortive Behandlung der Gonorrhoe.

Die meisten dahin gehörenden Publikationen waren an neu entdeckte Mittel geknüpft, die ebenso schnell vergessen wurden als sie hervorkamen; nur zwei Methoden vermochten — wiewohl sehr bestritten — sich längere Zeit zu halten.

Die älteste und bekannteste sind die abortiven Injektionen mit starken Lösungen von Argenticum nitricum, die schon gegen Ende des 18. Jahrhunderts bekannt war (Simmons 1780) und darauf unter Ricords mächtiger Autorität eine große Anwendung fanden, wurden aber am eifrigsten von Debeney praktisiert. Später fand die Methode einen warmen Verteidiger an Diday, welcher bestimmte Indikationen für deren Anwendung angab, indem er dieselbe auf das präinflammatorische Stadium

beschränkte. In der Hauptsache war die Methode dieselbe für deren sämtliche Anhänger, es gab aber eine Menge Variationen sowohl hinsichtlich der Konzentration (1—12%), der Anzahl der Injektionen, der Zeit zwischen den Behandlungen und des Ortes der Injektionen innerhalb der Urethra, indem einige nur die Fossa navicularis kauterisierten, andere den vorderen Teil von Urethra bis Bulbus, noch andere die ganze Pars ant. oder sogar Pars post. Nach DIDAYS Zeit verliert die Methode immer mehr Terrain und hat in unseren Tagen kaum viele Anhänger.

Die andere Methode ist zwar von THOMAS WINDSOR (1871) erfunden und wurde erst zu abortiver Behandlung von REVERDIN (1892) verwendet, es ist aber doch besonders JANET (1892), der die Methode in System gesetzt hat, deren Anwendung auch für die Pars post. ausgedehnt und in zahlreichen Abhandlungen zu deren Verbreitung über ganz Europa beigetragen hat; sie trägt daher mit Recht den Namen: JANETS Methode. Sie besteht bekanntlich aus großen Spülungen (1/2—1 l) der Urethra mit Lösungen von Kalium permangan. unter einem Flüssigkeitsdruck von 1—1 1/2 m. Sie wird wohl am meisten bei der Behandlung von subakuter und chronischer Gon. ant. und Gon. ant.-post. verwendet, wo deren Wirkung ganz vorzüglich ist; aber auch als abortive Methode hat sie bedeutende Verbreitung gefunden, besonders in Frankreich, und ist stets Verbesserungen und Variationen unterworfen worden. — JANET selbst fing z. B. an, am ersten Tage drei Spülungen vorzunehmen, danach zwei die folgenden fünf Tage, an Stärke von 1—2000 bis 1—1000 variierend. Später (1893) läßt er die Behandlung sich über acht Tage ausdehnen, indem er am ersten, zweiten und am vierten Tage zwei Spülungen gibt, die übrigen fünf Tage nur eine unter successiver Zunahme von der Stärke 1—500. DENOS dagegen beginnt am ersten Tage mit zwei starken Spülungen (1—500), darauf bis 1—5000 abnehmend, und GUIARD verwendet nur schwache Lösungen, 1—10000 bis 1—6000, indem er Kalium permangan. für ein spezifisches Gonokokkengift hält, auch in schwachen Lösungen, die den Vorzug haben, daß sie die Schleimhaut nicht irritieren.

Über den Erfolg dieser Abortivmethoden gibt es die verschiedensten Mitteilungen. Mit Injektionen von Argentum nitricum hatte DIDAY in der Regel 60—70% Heilungen, TARNOWSKY 40—50%, POUSSON 25%, MAURIAC nicht einmal 10%, ERAUD und GUIARD haben nicht einmal in Fällen, wo die Gonokokken sicher konstatiert waren, einen positiven Erfolg gehabt, auch nicht in den ersten Stunden. VENOT hatte 22 verschiedene Komplikationen über 14 Fälle verteilt. CULLERIER und GUYÓN hatten sogar auch zwei Todesfälle nach Abscessen in Prostata und Perinäum wahrgenommen, die durch abortive Injektionen veranlaßt waren.

JANETS Methode zeigt nicht so große Unterschiede. Als abortive Kur hat JANET 65% Heilungen gehabt, DENOS auch 17 von 18 Fällen,

Noguès 7 von 18, Hogge, der ein Anhänger der Methode ist, hat von 34 Fällen 5 Heilungen von 9 Tagen gehabt, 8 in weniger als 20 Tagen, 11 in 20—30 Tagen, 10 in 35—50 Tagen. Von einer anderen Reihe hat derselbe Verfasser von 60 Fällen 11 in 20 Tagen, 15 in 20—30 Tagen, 6 in 40—50 Tagen und 13 in 50—150 Tagen gehabt. Andere Verfasser, besonders deutsche, sprechen der Methode jeden Wert einer abortiven Behandlung ab, während deren vorzügliche Wirkung in dem subakuten und chronischen Stadium allgemein erkannt wird.

Dieser kurze Auszug zeigt, welche bedeutenden und merkwürdigen Unterschiede im Resultate dieselbe Methode bei den verschiedenen Verfassern geben kann. Der Grund dazu ist selbstredend mehr oder ebensoviel bei den Verfassern selbst als bei den Unvollkommenheiten und Unzuverlässigkeiten der Methode zu suchen. Meine eigenen Erfahrungen mit den beiden Methoden stimmen meistens mit den Verfassern überein, die ein ungünstiges Resultat haben. Ich habe früher sowohl die abortiven Lapisinjektionen und Spülungen ad mod. Janet-Denos verwendet, aber trotz einiger guten Resultate habe ich doch, wie so viele andere, mit diesen Behandlungen aufhören müssen, teils auf Grund der großen Unzuverlässigkeit der Methoden, teils weil die vielen mißlungenen Fälle nachher nur schwer geheilt werden konnten.

Den Wert dieser Methoden als abortive Behandlung nach der vorliegenden Literatur zu beurteilen ist daher unmöglich, dagegen läßt sich solches mit Hilfe unserer Kenntnis der Pathologie der akuten Gonorrhoe, ferner der Kenntnis, wie die antigonorrhoischen Mittel wirken, sowie der Applikationstechnik derselben leichter tun.

Eine Kritik von diesen Gesichtspunkten aus wird dabei die Grundlage einer neuen und besseren abortiven Behandlung abgeben.

In der Pathologie der Gonorrhoe dominierte früher die Bummsche Theorie, daß die Gonorrhoe eine reine epitheliale Infektion sei. Später hat namentlich Wertheim durch seine Forschungen über Salpingitis gon. gezeigt, daß die Gonokokken sehr wohl und ganz allgemein das Bindegewebe durchdringen können, und er meint daher, daß die Gonorrhoe hauptsächlich eine Infektion im Bindegewebe sei.

Ferner liegen einige Untersuchungen von akut gonorrhoischer Urethritis, die auch gegen die Bummsche Theorie zu deuten scheinen, vor. Besonders interessant ist ein Fall von einer drei Tage alten Gonorrhoe, die von Finger sehr gründlich untersucht worden ist. Er fand in diesem recht frühen Stadium die Gonokokken nicht allein zwischen den Epithelzellen, sondern auch in den obersten Schichten des Bindegewebes besonders perifollikulär vor, während sie im Plattenepithel der Fossa navicularis nur in den obersten Schichten vorgefunden wurden. Ob das Eindringen der Gonokokken in das subepitheliale Bindegewebe der Urethra also eine

Regel oder Ausnahme ist, mufs unentschieden bleiben. Indessen kann man sicher davon ausgehen, dafs die Gonorrhoe jedenfalls eine Zeitlang rein epithelial ist und in diesem — obwohl vielleicht kurzen — Zeitraum mittels abortiver Behandlung bekämpft werden kann. Der glückliche Erfolg derselben ist also davon bedingt, dafs dieselbe auf einen passenden frühen Zeitpunkt effektuiert wird, und auch, dafs die eigentliche Behandlung einen möglichst kurzen Zeitraum dauert, indem es natürlich gilt, die Gonokokken zu destruieren, ehe sie Zeit haben, in die Tiefe zu dringen.

Auf diesem Punkt liegt ein wesentlicher Fehler der Janetschen Methode, die mehr als acht Tage dauert, während die Lapisinjektionen eben in einer zusammengedrängten, energischen Behandlung ihren grofsen Vorteil haben.

Die Wirkungsweise der antigonorrhoischen Mittel ist zwar nicht hinreichend bekannt, aber soviel ist jedenfalls festgestellt, dafs sie alle eine völlig oberflächliche Wirkung haben, die bei einer einzelnen Injektion oder Ausspülung nur auf die obersten Schichten der Epithelzellen wirken. Dies ist durch Experimente von Finger, der bei Hunden das Einwirken von Argentum nitricum auf Urethra untersuchte, und von v. Ammon sowohl betreffend Argentum nitricum (2%) als auch betreffend Protargol (5—10%) auf Kaninchenaugen festgestellt worden. Namentlich konnte Protargol auch in einer 5—10%igen Lösung und nach längerer Einwirkung nur in den obersten Epithelschichten gefunden werden, so dafs die von Neisser und dessen Schüler gemachten Behauptungen, welch letztere sich auf Experimente mit Gelatine oder Lebergewebe stützen dann wiederlegt zu sein scheinen, und Heidenheim hat recht, wenn er sagt, dafs sich lebendes Gewebe durch Diffusion nicht durchdringen läfst.

Diesem Faktum entgeht man nicht, wenn man auch einige Mittel als spezifische Antigonorrhoica designiert, weil die Gonokokken bei deren Anwendung aus dem Sekret schnell verschwinden. Dies ist nämlich ein schlechter Mafsstab, nachdem Kiss erwiesen hat, dafs die Gonokokken auch mittels Ausspülungen mit Wasser bald verschwinden. Bezeichnend ist auch der Meinungsunterschied in dieser Hinsicht. Janet und Guiard meinen, dafs Kalium permang. Spezifikum sei, Neisser dagegen, dafs dieses wesentlich einen schädlichen Einflufs hat, und das Protargol ein Unikum sei. Finger besteht auf Largin, Schäffer auf Argentanin u. s. w., ein jeder auf das seinige.

Wenn man dann das zweckmäfsigste Abortivmittel angeben soll, nützt es offenbar nichts, nach einer solchen antigonorrhoischen Wirkung zu gehen. Die Hauptsache ist beständig, dafs die Mittel fast nur auf die obersten Epithelschichten wirken, während die Gonokokken schnell alle drei Epithelschichten durchdringen. Es gilt, die Gonokokken in der Tiefe

des Epithels zu töten, und da solches nicht durch Diffusion geschehen kann, bleibt kein anderer Ausweg übrig, als das Epithel zu entfernen, zu destruieren. Eine solche Entfernung wird immer unvollkommen sein, wenn dieselbe auf mechanischem Wege stattfindet (HUGUET, WELANDER). Auf chemischem Wege durch Ätzen wird sie zwar oberflächlich, jedoch gleichartiger und in der ganzen Ausdehnung der Schleimhaut leichter auszuführen sein. Will man auf diese Weise durch die drei Zellenschichten dringen, müssen natürlich 3—4 Ätzungen vorgenommen werden, die so schnell auf einander folgen, wie die destruierte Epithelschicht abgestofsen wird.

Für die abortive Behandlung eignen sich also am besten die Mittel, die sowohl stark bakteriocide Eigenschaften besitzen als auch energisch ätzen, und in dieser Hinsicht kommt sicher kein Mittel dem Argentum nitricum gleich, wenn auch die allgemeinen antigonorrhoischen Mittel — auch Protargol — in starken Lösungen mehr oder weniger ätzend sind. Es ist dabei aber notwendig, dafs das zu verwendende Mittel nicht irritativ ist. Sublimat, das in dieser Hinsicht für seine heftige Wirkung bekannt ist, ist daher unverwendbar. Auch permangansaures Kalium ist in starken Lösungen mehr irritativ als ätzend und erzeugt Schwellungen und Ödem, sowohl der behandelten Schleimhaut als der Glans und des Präputiums. Nur Argentum nitricum hat keine irritative Nebenwirkung, dessen Ätzungen und Wirkungen sind bekanntlich rein lokal. Deshalb meine ich, dafs Argentum nitricum zurzeit unser bestes Abortivmittel ist in methodischer Anwendung zur Destruktion des Epithels und der Gonokokken. In Bezug auf das Mittel selbst haben daher die abortiven Lapisinjektionen ein bedeutendes Übergewicht über JANETS Methode.

Übrig bleibt nur, die Applikationsmethode zu untersuchen, und in dieser Hinsicht ist die alte Injektionstherapie mehr als unglücklich gewesen. Die Kapazität von Urethra variiert nämlich nach den neuesten Forschungen individuell von 4—22 ccm (GUIARD, DREISEL, LOEB). Eine Injektion von 5—6 g, wie mit Lapisinjektionen allgemein gebräuchlich war, wird daher in den einzelnen Fällen eine höchst verschiedene Wirkung haben. Hat die betreffende Urethra ant. z. B. eine Kapazität von 4 ccm, so kann eine solche starke Injektion (1—12%) möglicherweise den Sphinkter forcieren und dadurch einen Fall, wie den von GUYON erwähnten, mit Prostataabscefs, Harnretention und mors hervorrufen. In einzelnen Fällen wird die injizierte Menge vielleicht ungefähr der Kapazität der Urethra ant. entsprechen und daher einen glücklichen Erfolg ermöglichen, da aber die Kapazität in circa 90% zwischen 8 und 22 ccm ist, wird eine Injektion von 5—6 g in der Regel nur eine nicht genügende Behandlung ergeben. Die Falten und Krypten der Urethra werden von der Kauterisation nicht gedehnt und angegriffen, wodurch stets einzelne Teile von

der angegriffenen Schleimhaut und dadurch Gonokokken nicht getroffen werden, weshalb die Behandlung mifslingen wird. Hier liegt offenbar der Hauptmangel der alten abortiven Injektionen, während JANETS Methode in diesem Punkte vollkommen ist.

Erstens kann man, wenn man will, damit die Behandlung auf die Pars ant. beschränken, wenn man den Druck der Flüssigkeit auf 75 cm stellt; aber auch bei höherem Druck, 125—150 cm, kann eine volontäre Kontraktion des Sphinkter (die leicht vom Patienten vorgenommen wird, wenn er nur „den Harn zurückhält" — wie bei Urindrang, oder besser, wenn er die Nates zusammenprefst) verhindern, dafs die Behandlungsflüssigkeit in die Pars post. dringt. Sollte dies indessen geschehen, so bleibt solches ohne Bedeutung, weil die Lösung, die man bei Ausspülungen verwendet, stets entsprechend schwach sein mufs, da dieselbe auf diese Weise sehr energisch wirkt. Bei dem hohen Druck wird jede Urethra, sie mag 4 oder 22 ccm sein, ad maximum ausgespült, alle Falten und Krypten ausgeglättet und bei der grofsen Flüssigkeitsmenge von Sekreten und Schleim ausgespült und ausgewaschen werden, so dafs jeder Punkt derselben von der durch die Ausspülung sehr energischen sowohl mechanischen als chemischen Behandlung beeinflufst wird.

Nach dieser Entwicklung von der Pathologie der Gonorrhoe, der Wirkungsweise und den Applikationen der Mittel versteht man besser die Vorteile und Mängel der beiden Methoden als durch die unvereinbaren Resultate der verschiedenen Verfasser; aber gleichzeitig mit dieser Kritik habe ich die Grundlage einer neuen und besseren abortiven Behandlung gegeben.

Deren Wirkungsfeld ist zunächst die rein epitheliale Gonorrhoe, deren Theorie die methodische, schichtweise Destruktion von Epithel und Gonokokken, das Mittel dazu Argentum nitricum und die Weise für deren Verwendung die grofsen Ausspülungen nach JANETS Methode.

Die Diagnose einer reinen epithelialen Gonorrhoe läfst sich ganz gewifs nicht leicht stellen.

Vorläufig habe ich mir über diesen ziemlich wesentlichen Mangel geholfen, indem ich, wie andere Verfasser, Fälle von Gonorrhoea anter. von ein- bis dreitägiger Dauer, wo die Gonokokken mit Sicherheit gefunden worden sind, gewählt habe.

Die Stärke der Lapislösungen mufs desto schwächer sein, je gröfser deren Wirkung bei den grofsen Ausspülungen ist. 500 g von $^1/_4$%iger Lösung als Ausspülung verwendet, wird ungefähr der Wirkung einer Injektion von einer 2%igen Lösung entsprechen.

Die Anzahl der Ausspülungen mufs auf wenigstens vier festgestellt werden, so dafs die letzte auf die Basalzellen des Epithels oder auf das

eigentliche subepitheliale Bindegewebe wirkt. Die erste Ausspülung findet sogleich bei der ersten Konsultation statt, die nächste 6—12 Stunden danach, die folgenden mit 10- bis 12stündigen Zwischenräumen, so daſs die Behandlung im Laufe von 48 Stunden beendigt wird. Als „Nachkur" habe ich stets bei abortiver Behandlung groſse Dosen von Balsamika verwendet, teils um Strangurie zu mildern, teils um sekundäre Infektion zu bekämpfen, und endlich um eventuell ein zu starkes Auflodern der Gonorrhoe zu hindern, im Falle die Abortivkur nicht gelingen sollte. Ich verwende in der Regel Atherol. santali $1^{1}/_{2}$ g zweimal täglich. Während dieser „Nachkur" wird das abgestoſsene Epithel im Laufe von ein paar Tagen regeneriert werden, und die Behandlung, die wohl passend mit einer Curettage des Uterus verglichen werden kann, kann also nicht als besonders eingreifend betrachtet werden, zumal da eine ähnliche Destruktion und ein Abstoſsen bei der Akme der akuten Gonorrhoe stattfindet (DINKLER).

Unten findet sich das Journal der ersten 30 Fälle, die nach meiner Methode behandelt wurden.

Aus Rücksichten auf den Platz sind sie in tabellarischer Form angeführt worden.

An dieses ziemlich kurze Journal muſs ich einige allgemeine Bemerkungen knüpfen.

Die Diagnose ist natürlich in allen Fällen durch Nachweis von Gonokokken in dem mehr oder weniger stark purulenten Ausfluſs gestellt worden.

Die sämtlichen Fälle sind Gon. ant., welche durch die Zweigläserprobe bestimmt worden sind.

Erste Harnportion, wie angeführt, klar mit Flocken, wenig trübe, trübe, zweite immer klar.

Die Kokainisierung der Urethra ist, ausgenommen erste Ausspülung, immer vor der Behandlung vorgenommen worden. Ich verwende dazu stets eine schnelle Injektion von 2—3 g von einer 3%igen Lösung, die fünf Minuten innegehalten wird. Die Lapisausspülung ist immer auf die Pars ant. beschränkt. Der Druck während der ersten Hälfte der Ausspülung 75 cm, darauf 125 cm. Die Menge der Flüssigkeit 5—600 g. Tp. 36° C. Die Stärke ist nach und nach ohne Schaden von $^{1}/_{5}$%—$^{1}/_{3}$% vermehrt worden und wurde übrigens nach der Reaktion in den einzelnen Fällen variiert.

In einzelnen Fällen ist der Bulbus urethrae so schlaff gewesen, daſs keine spontane Leerung stattfand, es muſste daher für jede Füllung von Urethra ant. exprimiert werden.

Die unmittelbare Wirkung von den Ausspülungen war ein grauweiſses Ätzen von der Schleimhaut der Urethra und ein mehr oder weniger

Journal-No.	Letzte Gonorrhoe	Gonorrhoe No.	Inkubation in Tagen	Dauer der Gonorrhoe vor der Behandlung (Tage)	Inflamm. d. Orificium	Erste Urin-portion	Datum der Behandlung, Stärke der Lapisausspülung in Prozent, Rezidiv (+ g)	Resultat d. Abortivbehandl.	Dauer der Behandl. in den negat. Fällen (Wochen)	Anmerkungen: Komplikationen, Nebenwirkungen
1	98	II	4	2	÷	wenig trüb	14/8. 1/5, 15/8. 1/5 1/7, 16/8. 1/5	+		
2	98	III	1	3	÷	trüb	20/8. 1/5, 21/8. 1/5 1/5, 22/8. 23/8. Inj. prot. 3%	+		Abreise, darum Inj. protargol. 3%.
3	95	II	4	2	+	wenig trüb	27/8. 1/4, 28/8. 1/5 1/5, 29/8. 1/5	+		29/8. post miktion. 1 T. serös. Blut. der Pars ant.
4		I	6	2	÷	wenig trüb	4/9. 1/5 1/5, 5/9. 1/5 1/5	+		
5		I	3	3	+	sehr trüb	8/9. 1/4, 9/9. 1/5 1/5, 10/9. 1/5, 15/9. + g	÷	4	
6		I	2	2	÷	klar m. Flocken	13/9. 1/5, 14/9. 1/4 1/5, 15/9. 1/5 1/5, 16/9. 1/5	+		15/9. Bulb. entleert sich nicht spont.
7	84	II	11	3	÷	klar m. Flocken	14/9. 1/4 1/5, 15/9. 1/5 1/5	+		17/9. Dysurie strict. (Gon. I. 84). Metallbougie 15—19.
8	98	II	2	3	+	trüb	15/9. 1/5, 16/9. 1/5 1/5, 17/9. 1/4, 25/9. + g	÷	6	
9		I	2	2	+	trüb	17/9. 1/5, 18/9. 1/5 1/5, 19/9. 1/5, 24/9. + g	÷	4	Schlaffer Bulbus.
10	00	V	5	1	÷	klar m. Flocken	17/9. 1/5, 18/9. 1/5 1/5, 19/9. 1/5	+		
11		I	2	2	+	trüb	18/9. 1/4 1/4, 19/9. 1/5 1/4, 23/9. + g	÷	8	21/10. Gon. post.
12	92	IV	3	1	÷	klar m. Flocken	18/9. 1/4 1/5, 19/9. 1/5 1/5,	+		
13		I	5	2	÷	klar m. Flocken	20/9. 1/4, 21/9. 1/5 1/5, 22/9. 1/4	+		
14		I	3	3	+	sehr trüb	25/9. 1/3 1/4, 26/9. 1/4 1/5, 27/9. 1/5, 29/9. + g	÷	5	
15		I	4	2	+	trüb	25/9. 1/4, 26/9. 1/4 1/4, 27/9. 1/4, 4/10. + g	÷	8	4/10. Gon. post.
16	01	II	5	3	+	trüb	25/9. 1/4, 26/9. 1/4 1/4, 27/9. 1/5, 28/9. 1/5, 29/9. + g	÷	6	29/9. Gon. post.
17		I	5	3	+	trüb	27/9. 1/4 1/4, 28/9. 1/5, 29/9. 1/4, 1/10. + g	÷	8	
18		I	3	2	+	wenig trüb	29/9. 1/4 1/4, 30/9. 1/4 1/5, 4/10. + g	÷	6	23/10. Infiltr. p. ant. dilatation., 10/11. geheilt.
19		I	5	2	÷	klar m. Flocken	9/10. 1/4, 10/10. 1/4 1/4, 11/10. 1/4, 12/10. 1/4	+		
20		I	3	2	÷	wenig trüb	9/10. 1/4, 10/10. 1/4 1/5, 11/10. 1/4 1/3, 13/10. + g 1/3	÷		21/10. + g periurethrale Infiltrat., später Abreise.
21	00	II	7	2	÷	klar m. Flocken	12/10. 1/3 1/4, 13/10. 1/4 1/4, 14/10 1/4	+		Schlaffer Bulbus, 17/10. Retentio urinae (Strict. p. ant.).
22		I	?	2	÷	wenig trüb	12/10. 1/5 1/4, 13/10. 1/4 1/4, 14/10. 1/3, 17/10. + g 1/3, 18/10. 1/3 1/4, 19/10. 1/4	+		Schleimhaut sehr resistent.
23	01	III	3	2	÷	trüb	14/10. 1/3 1/5, 15/10. 1/3 1/4	+		
24		I	2	2	+	sehr trüb	16/10. 1/3, 17/10. 1/3 1/5, 18/10. 1/6, 19/10. 1/7, 24/10. + g	÷	7	10/11. Gon. post.
25	00	II	7	1	÷	klar m. Flocken	29/10. 1/3, 30/10. 1/3 1/4, 31/10. 1/4	+		
26	01	IV	6	2	+	klar m. Flocken	5/11. 1/3, 6/11. 1/3 1/4, 7/11. 1/4	+		
27	98	II	8	3	+	klar m. Flocken	7/11. 1/3, 8/11. 1/3 1/4, 9/11. 1/4, 10/11. 1/5, 14/11. + g	÷	6	
28	01	II	5	1	÷	klar m. Flocken	8/11. 1/3 1/3, 9/11. 1/4 1/4	+		
29	00	III	2	2	÷	klar m. Flocken	13/11. 1/3, 14/11. 1/3 1/4, 15/11. 1/4	+		
30	01	II	3	1	÷	klar m. Flocken	18/11. 1/2 1/3, 19/11. 1/4 1/4, 22/11. + g	÷	5	

starker, brennender Schmerz, der gleich nach der Ausspülung vorkommt und eine halbe bis eine Stunde dauert; aber es entstehen keine Ödeme des Orificium, der Glans und des Präputium, wie nach JANET-DENOS Methode. — Der Schmerz bei Entleerung des Urins nimmt während der Behandlung zu und kann so stark werden, daſs er mittels Kokaininjektion (1/2 %) bekämpft werden muſs. Der Grad des Ätzens variiert natürlich nach dem Zustand des Epithels. Findet keine Inflammation (Schwellung, Röten) des Orificium statt, und ist das Epithel einigermaſsen unbeschädigt, so ist das Ätzen weniger, bei Inflammation und nach der ersten Ausspülung stärker hervortretend. Übrigens sind interessante Variationen in der Härte des Epithels vorgekommen, welche in einzelnen Fällen ohne sichtbare Reaktion sowohl der ersten als zweiten Ausspülung widerstanden hat. In solchen Fällen muſs die Konzentration und die Menge der Flüssigkeit natürlich vermehrt werden.

Der Ausfluſs hört sogleich nach der ersten Ausspülung auf, beginnt aber wieder nach einigen Stunden, um während der Kur gleichmäſsig zuzunehmen. Die Gonokokken verschwinden nach der ersten Ausspülung und können später nicht nachgewiesen werden, ausgenommen bei einem eventuellen Rezidiv. Das Sekret enthält vor der Behandlung überwiegend Eiterkörperchen und Schleim, nur wenige Epithelzellen, was darauf zu deuten scheint, daſs die destruierten Epithelzellen gleich nach den einzelnen Behandlungen abgestoſsen werden. Nach der dritten und vierten Ausspülung wird das Sekret in einzelnen Fällen völlig serös, in anderen ist es mit Blut gemengt. Gelingt das Coupieren, so hört der Ausfluſs bald nach der letzten Ausspülung auf, gelingt es aber nicht, so hört er entweder nicht auf, oder er tritt nach einigen Tagen wieder ein und enthält dann Gonokokken.

Der Urin wird nach der ersten Ausspülung klarer, aber nach den darauf folgenden immer trüber, in einigen Fällen auch in den beiden Portionen, ohne daſs dies jedoch dasselbe wie Gon. post. ist, indem diese Trübung von der zweiten Portion gleich nach der Behandlung verschwindet und daher wahrscheinlich von dieser verursacht worden ist. Die zweite Portion ist nach der dritten und vierten Ausspülung ein wenig mit Blut gemischt, und bisweilen entsteht bei Beendigung der Entleerung des Wassers eine seröse Blutung, die vom Bulbus ihren Ursprung hat. Diese Blutung verschwindet ebenfalls nach Beendigung der Behandlung. Die Heilung zeigt sich in der Regel ein paar Tage nach Beendigung der Behandlung dadurch, daſs der Urin klar mit leichten Flocken und später in der Regel ganz klar wird. Die Heilung ist in allen positiven Fällen dadurch konstatiert worden, daſs sich der Morgenurin während 14 Tagen bis 3 Wochen klar gehalten hat, oder daſs die leichten Flocken, die vorkommen können, nur Epithelzellen und einige Eiterkörperchen ent-

halten, aber trotz wiederholter Untersuchungen keine Gonokokken. Solche Flocken haben übrigens auch keine anderen Bakterien enthalten.

Ist die *Coupierung mifslungen*, zeigt sich solches dadurch, dafs die erste Urinportion nicht klar wird, und nach einigen Tagen entsteht darauf wieder eitriger Ausflufs mit Gonokokken. Dieser Ausflufs nimmt die folgenden Tage etwas zu, aber es ist keine Strangurie, und es zeigt sich niemals das heftige Auflodern der Gonorrhoe, das bei *Janets Methode* wahrgenommen wird. Die Gonorrhoe ist wie niedergeschlagen und hält sich in der Regel an die Pars ant. Nur in vier Fällen ist eine Gon. post. konstatiert worden (man erinnere sich, dafs Gon. post. sonst in 85 % vorkommt). Die Behandlung der negativen Fälle war Balsamica intern. in grofsen Dosen und nach 10—14 Tagen Ausspülungen mit Sol. Kalii permang. ($^1/_3$ ‰), die meistens in 4—6—8 Wochen zur Heilung geführt haben.

Im Gegensatz zu dem, was man bei abortiven Lapisinjektionen und Janets Methode wahrgenommen hat, haben die negativen Fälle also einen besonders glücklichen Verlauf gehabt, ein Moment, das in hohem Grade zu Gunsten meiner Methode deutet. *Komplikationen* zeigten sich übrigens nicht, nur in einem Falle (No. 20) verursachte eine malplazierte, starke Ausspülung ein periurethrales Infiltrat.

Das Resultat der Methode war, wie aus dem Journal zu ersehen ist, dafs von 30 behandelten Fällen 17 in zwei Tagen geheilt wurden; die übrigen 13 verliefen leicht, blieben in der Regel auf die Pars ant. beschränkt und wurden in 4—6—8 Wochen geheilt.

Um die Ursachen zu finden, weshalb die Coupierung also in einigen Fällen gelang und in anderen nicht, habe ich die Momente untersucht, die möglicherweise in solcher Hinsicht beeinflussen konnten, nämlich die Dauer der Inkubationszeit, die Dauer der Gonorrhoe vor der Behandlung und die Inflammation des Orificium.

Betreffend *die Bedeutung der Inkubationszeit* haben 14 Fälle eine Inkubationszeit von 1—2 Tagen, von diesen haben 5 positives, aber 9 negatives Resultat. 15 Fälle haben eine Inkubationszeit von 4—11 Tagen; von diesen haben 11 positives und 4 negatives Resultat. Falls man etwas aus einem so geringen Materiale schliefsen darf, mufs also geschlossen werden, dafs *die lange Inkubation die besten Resultate* gibt. Dies ist zwar das Gegenteil von dem, was man früher meinte, es ist aber ohne Zweifel richtig. Die lange Inkubation bedeutet weniger Virulenz bei den Gonokokken oder gröfseren Widerstand in dem Epithel *und dadurch oberflächlichere Lokalisation der Gonokokken.*

Dafs die Dauer der *Gonorrhoe* Bedeutung hat, ist völlig klar, aber sie hat offenbar nicht entscheidende Bedeutung für das Resultat. Von 5 Fällen von eintägiger Dauer sind 4 positiv, 1 negativ. Von 17 Fällen

von zweitägiger Dauer sind 11 positiv, 6 negativ, und von 8 Fällen von dreitägiger Dauer 2 positiv, 6 negativ. Daraus wird man ersehen, was man schon wufste, dafs die Prozente der Heilungen mit dem Zunehmen der Dauer abnehmen.

Die Inflammation des Orificium scheint dagegen in einem sehr interessanten Verhältnis zu den Resultaten zu stehen.

Es zeigt sich nämlich, dafs 17 Fälle ohne Inflammation waren, von diesen gelangen 15, 13 waren inflammiert, von diesen waren 11 negativ. Also gelingt die Coupierung in fast allen Fällen, wo keine Inflammation vorhanden ist, und sie gelingt nicht, wo Inflammation des Orificium vorhanden ist.

Dies Resultat löst das Rätsel und hat seine natürliche Erklärung darin, dafs die Gonorrhoe in der einen Reihe von Fällen oberflächlich epithelial, in der anderen dagegen tief, subepithelial ist, indem man, wie früher erwähnt, von der Voraussetzung ausgehen mufs, dafs es die völlig epitheliale Gonorrhoe ist, die besonders für die abortive Behandlung geeignet ist.

Hiermit ist also die Diagnose epitheliale Gonorrhoe gegeben und die Indikation für die abortive Behandlung festgestellt.

1. Die epitheliale Gonorrhoe ist durch fehlende Inflammation des Orificium am ersten bis dritten Tage der Gonorrhoe charakterisiert.

2. Abortive Behandlung kann nur gegen epitheliale Gonorrhoe angewandt werden.

3. Die beste Abortivbehandlung ist methodische, schichtweise Destruktion des Epithels mittels starker (1/5—1/3%iger) Lapisausspülungen der Pars ant., wodurch die epitheliale Gonorrhoe in neun von zehn Fällen in zwei Tagen geheilt wird.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. März (4. April) 1903.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Metscherski demonstrierte eine 32jährige, unverheiratete Dame mit **Sclerema universalis**. Die Patientin stammt, ihrer Angabe nach, aus einer gesunden Familie, ist im Jahre 1895 zuerst an Malaria und bald darauf an dem jetzigen Leiden erkrankt. Letzteres ist im Laufe von zehn Monaten rapid weitergegangen, so dafs es auch zu Schluckbeschwerden und zu Haarausfall kam. Verschiedene Kuren in Deutschland,

Frankreich und in der Krim brachten eine leichte Besserung. Im Jahre 1902 erlitt sie wiederum eine Malariaattacke und seitdem ist von neuem eine Verschlimmerung des Hautleidens eingetreten. Augenblicklich macht die abgemagerte, nur 2 Pud 20 Pfund wiegende Patientin einen mumienartigen Eindruck durch die atrophische, starre Haut von blasser Bronzefarbe. Stark ausgebildete Sklerodaktylie. Die Haare sind spärlich. Als eine in der Literatur nicht angegebene Erscheinung finden sich bei der Kranken Kalkablagerungen in einzelnen Sehnenscheiden.

Von seiten der inneren Organe sind folgende Veränderungen zu erwähnen: Schluckbeschwerden, Vergröfserung der Schilddrüse, Vergröfserung der Milz, Veränderung der Nieren, die auf eine Cirrhose derselben schliefsen lassen (Vermehrung des täglichen Urinquantums, Vorhandensein einiger hyaliner Cylinder), Veränderungen seitens des Herzens, die für eine funktionelle Neurose sprechen. Da sich aber letztere Erscheinungen erst später ausgebildet haben, bringt Verfasser die Sklerodermie nicht in Abhängigkeit von diesen, sondern von der Malaria, wobei vielleicht nervöse Einflüsse mitgespielt haben.

2. Sundelowitsch, als Gast, stellte einen 28jährigen Mann mit einem **Epitheliom** auf der linken Wange vor, welches, wie die zum Vergleich gezeigte Moulage ergab, unter Lichtbehandlung (Apparat Lortet und Genoud) sich bedeutend gebessert hat. Die Besserung war schon nach der zweiten Sitzung eingetreten, und die Reaktion war sehr gering gewesen, nur Hyperämie. In drei anderen, in der Klinik auf dieselbe Weise behandelten Fällen ist es bei zweien zur Heilung des Epithelioms gekommen.

Diskussion: Fokin zeigte Photographien von einem mit glänzendem Erfolg durch Röntgenstrahlen behandelten 68jährigen Mann mit Epithelioma nasi. Die in dem Institut von Dr. Kurdiumow dreimal wöchentlich vorgenommene Röntgenbestrahlung brachte, ohne starke Reaktion, in 41 Sitzungen eine völlige Vernarbung zu stande. Die Diagnose Epithelioma war mikroskopisch bestätigt.

Speranski glaubt aus den Photographien zu ersehen, dafs die Narbe sehr stark ist, was für den alten Mann gewifs gleichgültig ist, aber in vielen anderen Fällen nicht ohne Berücksichtigung bleiben kann.

Fokin entgegnet darauf, dafs die Narbe später weicher werde, dafs sie nicht keloidartig war und ferner an den Stellen so stark war, wo das Epitheliom sehr tief griff.

Speranski sagt, es ist aber eine gewöhnliche Erscheinung nach Röntgenbestrahlung gegenüber der weichen Narbenbildung nach Lichtbehandlung.

Pospelow: Bei der Lichtbehandlung geht die Wirkung nicht über den bestrahlten Bezirk hinüber, bei der Röntgentherapie kann es zu schweren entzündlichen Hauterscheinungen kommen, wie das in dem von ihm seinerzeit vorgestellten Fall geschah. In dem Fokinschen Fall ist es glücklich gegangen, aber eine Gefahr bietet die Röntgenbehandlung immer, nur ist sie billiger.

3. Sokolow führte einen 55jährigen Mann mit **Atrophie des linken Vorderarmes** und besonders der ganzen **linken Hand** vor, bedingt durch Lues, die Patient vor 20 Jahren acquiriert hatte. Der Radius ist fast ganz atrophiert, vom linken Zeigefinger ist infolge Atrophie des Metakarpalknochens und des ersten Phalangealknochens nur ein kleiner Rest nachgeblieben, der vierte und fünfte Finger sind stark verkürzt.

4. Sokolow demonstrierte einen 28jährigen Mann mit **Phalangitis et Dactylitis syphilitica** der Zehen. Vor fünf Jahren hat Patient sich luetisch infiziert, vor einem Jahre war das Leiden in derselben Art wie jetzt aufgetreten, so dafs die vierte Zehe des linken Fufses amputiert worden war.

Diskussion: SPERANSKI erinnert an seinen vor einigen Jahren vorgestellten Fall von Osteomyelitis gummae mit Osteoporose.

POSPELOW macht auf die Ähnlichkeit des ersten von SOKOLOW vorgestellten Falles mit dem TAYLORschen, im Handbuch von JULLIEN abgebildeten Fall aufmerksam und hebt das Fehlen von Fistelgängen bei der Syphilis gegenüber den tuberkulösen Prozessen hervor. In dem zweiten Fall von SOKOLOW ist die von anderer Seite vorgenommene Amputation zweier Phalangen lehrreich. Solche diagnostischen Irrtümer kommen vor.

5. KÜSEL referierte über die BLASCHKOsche Arbeit: Die Nervenverteilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut.

6. SOKOLOW berichtete über seine weiteren Beobachtungen über die Wirkung des **Hermophenyls** bei Syphilis. Dieselben ergaben, dafs das Mittel in subcutaner Anwendung (2 %ige Lösung, über einen Tag je 1 ccm) geringere Schmerzen und keine oder nur eine geringe Infiltration verursacht, aber dafs die Wirkung, welche zwar in 48% der beobachteten Fälle zum Ziele führte, im allgemeinen unbeständig und ungleich war.

Diskussion: SHIWULT gibt zu, dafs die Hermophenylinjektionen etwas leichter von den Patienten ertragen werden als die Sublimatinjektionen, aber entschieden nicht ohne Schmerzen sind und jedenfalls letzteren bedeutend nachstehen.

METSCHERSKI hat infolge der ungleichen Wirkung die Anwendung dieses Mittels in der ambulatorischen Praxis aufgegeben.

TSCHLENOW hat das Hermophenyl in einer gröfseren Anzahl von sekundärer, wie tertiärer Lues angewandt, bei letzterer zu gleicher Zeit mit Jodkalium, und hat beobachtet, dafs es im kondylomatösen Stadium schwach, im gummösen dagegen gut wirkt.

POSPELOW findet es nicht richtig, ein neues Mittel, welches auf seine Wirkung geprüft werden soll, gleichzeitig mit einem anderen zu geben, ist aber auch der Ansicht, dafs das Hermophenyl im allgemeinen schwächer als Sublimat wirkt und empfiehlt es daher, nur dort anzuwenden, wo kein schneller Erfolg nötig ist, und ferner intern, da es nicht reizt.

7. BOGROW referierte über „die neuesten Ansichten über die Art der Wirkung des Lichtes auf die Haut im kranken und gesunden Zustande".

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1903. Band 64, Heft 3.

I. **Über die histologischen Veränderungen lupöser Haut nach Finsenbestrahlung,** von H. E. SCHMIDT und B. MARCUSE-Berlin. Den Untersuchungen lagen drei Fälle mit alten Lupusherden zu Grunde, die makroskopisch vor der Bestrahlung weder Ulceration noch entzündliche Veränderungen, nach der Bestrahlung fast immer ringförmige Blasenbildung zeigten.

Mikroskopisch findet man nach einmaliger Bestrahlung Mangel der Kernfärbung an den Epidermiszellen und den Epithelioidzellen, überall Einwanderung polynukleärer Rundzellen in die Epidermis, Bildung von interspinalen Hohlräumen. Auch die Cutis weist polynukleäre Leukocyten zwischen vereinzelten unmittelbar unter der Epidermis gelegenen Epithelioidzellen auf. Der Lupusherd selbst erscheint im

ganzen noch unverändert, dies gilt besonders von den noch erhaltenen Riesenzellen, die neben den mononukleären Rundzellen zu den widerstandsfähigsten Elementen des Lupusknötchens gehören.

Nach mehrmaliger Bestrahlung excidierte Lupushaut zeigt neugebildete Epidermis, stellenweise leicht ödematös, stark verbreitertes Stratum granulosum. Dicht unter der Epidermis befindet sich relativ zellarmes junges Narbengewebe, dem die elastischen Fasern gänzlich fehlen. Weiter in der Tiefe bemerkt man von der Lichtwirkung noch unbeeinflufste Lupusherde in Form von dichteren Anhäufungen mononukleärer Rundzellen.

In den Präparaten waren nirgends Tuberkelbacillen nachweisbar. Ob dieselben durch die Bestrahlung abgetötet worden sind, läfst sich mit Bestimmtheit nicht behaupten, weil sie auch sonst in Lupusherden schwer aufzufinden sind.

II. **Über einen neuen Typus von sarkoiden Geschwülsten der Haut,** von C. Rasch und F. Gregersen-Kopenhagen. Eine 33jährige, stark nervöse Frau bekam vor acht Jahren auf der Dorsalseite des linken Zeigefingers ein weifsliches Gewächs, das nach einem Jahre durch Ätzen mit Salpetersäure zerstört wurde und eine runde weifse Narbe zurückliefs. Nach ca. sechs Jahren entwickelten sich einige ähnliche Geschwülste an den Fingern der rechten Hand. Die Tumoren lagen sämtlich in der Cutis, waren auf dem subcutanen Bindegewebe frei beweglich, zeigten derbe Konsistenz, eine weifsliche oder weifsgelbe Farbe, wie altes Elfenbein, und eine glatte, wachsartig glänzende Oberfläche.

Behufs mikroskopischer Untersuchung wurde ein Stück des sich an der Basis des fünften Fingers befindlichen ringförmigen Geschwülstchens excidiert, gehärtet und in Serienschnitte zerlegt.

Alle Tumoren sind ohne jede Behandlung nach einem heftigen Fieberanfalle unbestimmter Natur, den die Patientin durchmachte, plötzlich innerhalb weniger Tage mit Hinterlassung schwach rötlicher Flecken verschwunden.

Histologisch handelte es sich um ein Neoplasma, „welches den Geschwülsten der Bindegewebsgruppe zuzurechnen ist, und welches deutlich durch Proliferation der Zellen in den perivaskulären (perithelialen) Lymphräumen hervorzugehen scheint, obgleich man nicht mit Sicherheit ausschliefsen kann, dafs auch Bindegewebszellen aufserhalb der Gefäfse an der Neubildung teilnehmen“.

Die Gutartigkeit der Tumoren, die Art der Zellen des Gewebes, welche von gewöhnlichen Bindegewebszellen nur wenig abweichen, die strenge Lokalisierung in der Pars reticularis der Cutis, die zumeist unverändert erhaltenen elastischen Fasern sprechen gegen die Zugehörigkeit der Geschwülste zu den Sarkomen und verlangen für dieselben die Aufstellung eines besonderen Typus der sarkoiden Neubildungen.

III. **Ein Fall von ausgebreitetem Schweifsdrüsenadenom mit Cystenbildung,** von Theodor Brauns-Leipzig. Ein 45jähriger, an Tabes und progressiver Paralyse leidender Mann zeigte, so lange er sich erinnern konnte, am Rumpf einen Ausschlag, der die Jahre hindurch unverändert blieb. Nach dem Ableben des Patienten wurde von der Rückenhaut ein Stück excidiert, das sich auf dem Durchschnitt von grofsen und kleinen Cysten durchsetzt erwies. Der Inhalt der Cysten wurde von einer gelblichweifsen, leicht durchscheinenden Masse gebildet, die locker in der Höhlung lag und sehr leicht als kugeliges Gebilde mit der Nadel herausgehoben werden konnte. Die Cystenwand zeigte sich nach Entfernung des Inhalts als vollkommen glatte Fläche. In die unteren Partien der Cutis eingelagert und die Cystenwände mehr oder minder eng umgebend sind zahlreiche Schweifsdrüsenknäuel, von denen man zwei Typen unterscheiden kann, den der gewöhnlichen Schweifsdrüsen, wie sie normalerweise an der Rückenhaut vorkommen, und den der grofsen

Knäueldrüsen der Axilla. An beiden Typen, besonders aber an den großen Drüsen, bemerkt man cystische Erweiterungen einzelner Schlingen. Das Epithel derartig cystisch erweiterter Drüsenschläuche zeigt alle Anzeichen weit vorgeschrittener Degeneration. Stellenweise ist das Lumen von abgestoßsenen, stark degenerierten Epithelien vollständig erfüllt, so daſs man annehmen kann, daſs wahrscheinlich eine Sekretstauung im blinden Ende der Schweiſsdrüse, hinter der obturierten Stelle, die nächste Veranlassung zur cystischen Erweiterung abgegeben hat. Den mikroskopischen und klinischen Befunden nach ist „die Affektion ihrem Wesen nach als ein angeborenes, über die Haut des ganzen Stammes verbreitetes Adenom der Schweiſsdrüsen mit sekundärer Cystenbildung aufzufassen".

IV. **Zur Pathogenese der Psoriasis,** von St. Weidenfeld. Der Verfasser teilt die Krankengeschichte eines 49jährigen Patienten mit, der seit der Kindheit an Poliomyelitis anterior acuta sinistra und seit einem Jahre an Psoriasis leidet. Die Poliomyelitis war charakterisiert: 1. durch Lähmung aller Muskeln, die den Unterschenkel bewegen; 2. durch Lähmung fast aller Muskeln, die den Fuſs bewegen; 3. durch die Kontrakturstellung des Fuſses; 4. durch das Fehlen der Reflexe; 5. durch die Kälte und bläuliche Verfärbung des Unterschenkels.

Die Psoriasis bedeckte den ganzen Rücken und die Streckseiten der Arme in gleichmäſsiger Weise. Dagegen zeigten die unteren Extremitäten auffallende Unterschiede in der Ausbreitung. Die Streckseite des rechten Oberschenkels ist ganz bedeckt mit zahlreichen Efflorescenzen, während links, an der gelähmten Seite, nur spärliche Herde in der oberen äuſseren und hinteren Hälfte vorhanden sind. Noch auffallender ist der Unterschied an den Unterschenkeln; der ganze rechte Unterschenkel ist von einem zusammenhängenden Psoriasisherde umgeben, während der linke ganz frei ist.

Verfasser möchte nun aus dem Umstande, daſs das gelähmte Bein das von der Psoriasis verschonte ist, einen Zusammenhang zwischen der letzteren und der Rückenmarksläsion, durch welche die Lähmung bedingt sei, herleiten. Man könnte sich denken, daſs durch den Wegfall der Innervation, wahrscheinlich der Vasomotoren an der gelähmten Seite, die Psoriasis nicht zum Ausbruch kommen kann, weil normale Nervenleitung zum Entstehen von psoriatischen Efflorescenzen nötig sei. (NB. Es wäre von Interesse gewesen und vielleicht durch experimentelle Untersuchungen möglich, zu erfahren, ob nicht gewisse parasitäre Hautkrankheiten, wie der Herpes tonsurans und der Favus sich ebenso wie die Psoriasis verhalten. Wäre dies der Fall, so würde man sagen, daſs die Parasiten in einer durch Nervenerkrankung mangelhaft ernährten Haut keinen Nährboden für ihre Entwicklung finden und könnte daraus auch auf einen parasitären Ursprung der Psoriasis einen Rückschluſs ziehen. Referent.)

V. **Über weiſse atrophische und narbenähnliche perifollikuläre Flecke der Rumpfhaut,** von W. W. Iwanow - St. Petersburg. Bei erwachsenen Menschen, namentlich Männern, die Efflorescenzen von Acne vulgaris aufweisen, findet man häufig auf Brust und Rücken in gröſserer oder geringerer Anzahl scharf begrenzte, stecknadelkopf- bis linsengroſse, meist kreisrunde oder ovale, mehr oder wenig über das Niveau der Haut erhabene, seltener leicht vertieft, immer voneinander isolierte weiſse Flecke, deren Zentrum von einer Follikelmündung, bisweilen auch von zwei, selten von mehreren eingenommen wird. Die Oberfläche der Flecke ist entweder glatt oder fein gerunzelt. Im Zentrum vieler weiſser Flecke kann man eine Verstopfung des Ausführungsganges der Talgdrüsen durch einen Comedo wahrnehmen.

Aus den histologischen Untersuchungen ergibt sich, daſs die „weiſsen Flecke" als das Resultat eines chronisch-entzündlichen, von der Talgdrüse ausgehenden Pro-

zesses anzusehen sind. Diese Ansicht des Verfassers, hinsichtlich der Pathogenese der weifsen Flecke, deckt sich im allgemeinen mit derjenigen, welche C. Berliner für die Entstehung der spontanen Keloide ausgesprochen hat. (Vergl. „Über spontane und Narbenkeloide“ in den *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. 34, S. 321.) Nach Jadassohns Beobachtungen sind die weifsen Flecke narbenähnliche Bildungen, welche die Reste eines in den Follikeln sich abspielenden entzündlichen Prozesses darstellen. Aus ihnen können unter gewissen Umständen sich Keloide entwickeln. Im Bereiche der weifsen Flecke ist das elastische Gewebe fast ganz verschwunden, oder die noch vorhandenen elastischen Fasern sind wesentlich verschmächtigt. Goldmann sieht gerade in dem Schwunde des elastischen Gewebes die wesentlichste veranlassende Ursache zur Keloidbildung, indem er annimmt, dafs unter bestimmten, die Haut schädigenden Einflüssen, das elastische Gewebe der Pars reticularis, dieses wichtige Stützgerüst der Haut, zu Grunde geht und sich nicht mehr regeneriert, sondern nur durch die Hyperplasie des Bindegewebes kompensiert wird.

Weshalb es jedoch nicht in allen Fällen zur Keloidbildung kommt, in denen narbige Prozesse mit Verlust des elastischen Gewebes sich abgespielt haben, bleibt eine offene Frage, wenn man sich nicht mit der „angeborenen Disposition“ helfen will.

VI. **Über eine urticariaartige Hautkrankheit**, von Kuno Hartmann-Frankfurt a. M. Der Verfasser stellt die Krankengeschichten von sieben Fällen zusammen. Das Krankheitsbild ist zumeist beherrscht durch intensives Jucken und Auftreten von papulösen, verschieden grofsen, rundlichen, mehr oder weniger halbkugeligen, über die Haut erhabenen, derb konsistenten, rötlichen, glatten, bisweilen glänzenden, über den ganzen Körper zerstreuten, auch das Gesicht nicht immer verschonenden Efflorescenzen. Diese entwickeln sich meist plötzlich als kleine Knötchen, die stark jucken, langsam bis zu ihrer vollen Gröfse auswachsen, um dann mehr oder weniger lange (bis zu vier Wochen und länger) zu persistieren. Sie involvieren sich schliefslich und verschwinden entweder spurlos oder mit Hinterlassung von runden Pigmentationen oder kleinen, oberflächlichen Narben. Während die einen Efflorescenzen sich zurückbilden, entstehen an anderen Stellen neue. Häufig führt das durch Jucken bedingte Kratzen zu Exkoriationen, die ihrerseits Pigmentationen zur Folge haben und mit den anderen der Körperhaut ein buntscheckiges Aussehen verleihen.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt Befunde, wie sie meistens bei chronisch-entzündlichen Veränderungen der Haut vorhanden sind, nämlich zellige Infiltrate im Corium, namentlich um die Gefäfse, die drüsigen Elemente und in den Papillen mit nachfolgenden Gewebsstörungen des Epithels. Durch die Infiltrate werden die elastischen Fasern in ihrer Entwicklung gehindert. Sie sind an Zahl herabgesetzt und verdünnt. Zuweilen ist das elastische Gewebe ganz zum Schwinden gebracht.

Verfasser bespricht sehr eingehend die Ätiologie der Affektion. Nach seiner Ansicht handelt es sich „um einen chronischen Pruritus mit sekundären, vielleicht durch mechanischen Reiz verursachten, papulösen oder verrukösen derben Efflorescenzen.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1903. Heft 2.

Die Ichthyosis foetalis in ihren Beziehungen zur Ichthyosis vulgaris, von J. Méneau. M. tritt der vielfach verbreiteten Ansicht entgegen, als seien die Ichthyosis foetalis und die Ichthyosis vulgaris zwei grundverschiedene Typen. Er behauptet vielmehr und führt in längerer Darstellung aus, dafs sie nur verschiedene

Formen einer und derselben Grunderkrankung bilden und sich weder klinisch noch pathologisch-anatomisch grundsätzlich von einander unterscheiden.

Es gibt, sagt er, Formen, die sich als Zwischenglieder zwischen beide Krankheiten einschieben und dadurch ihre nahe Verwandtschaft bekunden. Zu dem Zweck unterscheidet er drei verschieden schwere Formen der Ichthyosis foetalis, deren Symptomatologie er eingehend bespricht, um zu zeigen, dafs die mildeste der drei Formen der Ichthyosis sebacea und der Ichthyosis vulgaris ganz nahe steht. Denn die Ichthyosis sebacea ist nichts weiter, als eine Steigerung der physiologischen Abblätterung, und die Ichthyosis foetalis besteht wiederum in einer Steigerung der Ichthyosis sebacea mit etwa ernsteren Begleiterscheinungen. Die zu Grunde liegende Ursache ist aber bei beiden dieselbe, nämlich ein festeres Zusammenhalten der Hornzellen (Epitrichium).

Das rezidivierende Erythema polymorphum, von Gensollen-Bordeaux. Die Literatur über dieses Erythem ist bis jetzt noch eine recht spärliche. G. berichtet über acht Fälle, die zum Teil englischen und französischen Zeitschriften entnommen sind. Wesentliche Unterschiede gegenüber dem Erythema polymorphum simplex lassen sich auch nicht aufzählen.

Das Erythema geht mit Bildung von erythematösen Plaques, von Papeln, Vesikeln, selbst Blasen einher, doch lassen sich zwei Hauptformen, eine erythematopapulöse und eine vesikulo-bullöse, je nach dem Vorherrschen der betreffenden Elemente, unterscheiden. Bisweilen sind auch, wie bei dem Erythema polymorphum vulgare, die Schleimhäute des Mundes, des Rachens oder der Conjunctiva befallen. Zu allgemeinem Unbehagen, Fieber, Gliederschmerzen u. s. w. kann sich auch noch Stechen und Brennen in den erkrankten Teilen gesellen. — Jeder einzelne Anfall dieses Erythems spielt sich in 10—14 Tagen ab. Zwischen die einzelnen Anfälle pflegen sich Wochen und Monate völliger Gesundheit einzuschieben. — Eine Verwechslung der Dermatose ist möglich mit dem Antipyrin-Erythem und der Duhringschen Dermatitis herpetiformis. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1903. Heft 4.

1. **Über die blennorrhoische Striktur der Pars membranacea urethrae**, von P. Bazy und Declouse. Die Verfasser haben in zwei Fällen, die kurz nach der Urethrotomia interna zur Sektion gekommen waren, die Beobachtung gemacht, dafs sich der Schnitt in der Harnröhre über die ganze Pars membranacea bis zum Beginn der Pars prostatica ausdehnte. Die in dem einen der beiden Fälle vorgenommene Untersuchung ergab, dafs in der Pars membranacea das Lumen des Kanals beträchtlich vermindert und die Mucosa bis zum Vier- und Fünffachen der Norm verdickt war. Nirgends fand sich normales Epithel; dasselbe war allenthalben ersetzt durch geschichtetes Pflasterepithel. Im Corion waren die Papillen zum Teil verschwunden, die noch vorhandenen waren ebenso wie das benachbarte Bindegewebe und die darunter liegenden Muskelschichten von Lymphocyten durchtränkt, die glatten Muskelfasern erschienen atrophisch. Am ausgeprägtesten waren die entzündlichen Erscheinungen in der Spongiosa des Corion; hier waren zudem die elastischen Fasern verschwunden und die Venen atrophiert; dagegen zeigten sich zahlreiche, in Bildung begriffene Kapillaren. In den oberen Schichten des Corion schienen die Veränderungen älteren Datums zu sein, das Bindegewebe war hier organisiert, die Sklerose deutlicher ausgebildet. Im Gefäfssystem fand sich, abgesehen von Venenthrombosen, eine obliterierende Wucherung der Intima und eine Verdickung der Media der Arterien. — Auf

Grund dieses Befundes, der in der Arbeit durch sechs Abbildungen veranschaulicht ist, halten es die Verfasser für erwiesen, daſs in der Pars membranacea der Urethra nicht nur, wie das bisher angenommen wurde, Strikturen traumatischen Ursprungs, sondern auch Strikturen blennorrhoischer Natur vorkommen; dieselben stellen allerdings nur eine Fortsetzung des strikturierenden Prozesses in der Pars bulbosa dar. Die gleichen histologischen Veränderungen wie in der Pars membranacea, finden sich auch in der Pars prostatica, führen aber hier, da sie nicht intensiv genug sind und der Prostatateil der Harnröhre zu weit ist, niemals zu einer Verengerung.

2. **Beitrag zum Studium der chirurgischen Behandlung des Bubo**, von Scaduto-Palermo. Der Verfasser bespricht in Kürze die pathologische Anatomie des Schankerbubo, die bei demselben erhobenen bakteriologischen Befunde und die von den verschiedenen Autoren vorgeschlagenen Behandlungsmethoden. Er selbst empfiehlt für die zahlreichen Fälle, in denen nicht nur die Drüsen in mehr oder weniger groſser Zahl vereitert, sondern auch die periglandulären Gewebe erkrankt sind, folgendes Verfahren: Der Bubo wird breit inzidiert, alle infizierten Drüsen werden samt dem erkrankten periglandulären Gewebe exstirpiert; alsdann wird die Wundhöhle täglich mit sterilisiertem Wasser ausgespült und mit Jodoformgaze tamponiert. Sobald sich nun die Wundhöhle soweit mit Granulationen gefüllt hat, daſs eine groſse Nadel, von einem Wundrande aus durch den Grund des neugebildeten Gewebes hindurchgeführt, den anderen Rand erreichen kann, frischt man die Wundränder an, reibt die Granulationen so kräftig ab, daſs sie bluten, und vernäht die Wunde. Die Heilung erfolgt bei diesem Verfahren in 30—40 Tagen, während sie sonst zumeist 2—3 Monate und mehr erfordert. Die Narbe wird glatt und schön. — Die Furcht vor einer Lymphstauung nach der Exstirpation des Bubo ist, den Erfahrungen das Verfassers zufolge, grundlos.

3. **Ein leicht ablesbares Kathetermaſs**, von Gourdet-Nantes. Der Verfasser hat bei Gentile in Paris ein neues Kathetermaſs herstellen lassen, welches eine viel raschere Messung der Dicke eines Katheters ermöglicht, als das bisher gebräuchliche. Das neue Instrument besteht aus einer Metallplatte, die mit drei verschieden breiten, von oben nach unten schmäler werdenden Ausschnitten versehen ist. Das untere Ende des zweiten Ausschnittes ist etwas schmäler als das obere Ende des ersten Ausschnittes, das untere Ende des dritten etwas schmäler als das obere Ende des zweiten. Längs der drei Ausschnitte sind die Nummern 1—10$^1/_2$, 10—20$^1/_2$ und 20—30$^1/_2$ der Charrièreschen Skala eingraviert. Der zweite Ausschnitt ist naturgemäſs etwas länger als der erste, der dritte etwas länger als der zweite. Der Katheter, dessen Dicke bestimmt werden soll, wird in den passend erscheinenden Ausschnitt eingeführt; die Nummer, bei welcher er stecken bleibt, gibt seine Dicke an. — Das Instrument ermöglicht es auch, das Kaliber der Lithotriptoren und Cystoskope nach der Charrièreschen Skala zu bestimmen: man stellt mittels der eingravierten Nummern die Gröſse der beiden Durchmesser eines solchen Instruments fest und addiert die gefundenen Zahlen, die Summe gibt das Gesamtkaliber an. So erhält man einen Maſsstab, wie weit die Urethra eines Kranken, bei dem das betreffende Instrument eingeführt werden soll, zu dilatieren ist.

1903. Heft 5.

1. **Über den Einfluſs der Resektion des Vas deferens auf den Tonus des Blasensphinkters**, von A. Wassilieff-Warschau. Der Verfasser war von jeher der Ansicht, daſs die Behinderung der Urinentleerung bei Prostatahypertrophie nicht nur auf das mechanische Hindernis, das durch die vergröſserte Vorsteherdrüse gebildet wird, und auf die veränderte Form der Harnröhre, sondern zum Teil auch auf einen

verstärkten Tonus des Blasensphinkters zurückzuführen ist, und dafs die akuten Retentionen bei Prostatikern zu stande kommen, wenn sich dieser Tonus bis zum Spasmus steigert. Nun haben bei Prostatahypertrophie die Operationen an den Genitalien (Kastration, Resektion eines Vas deferens) eine nach der Ansicht des Verfassers unbestreitbare, beträchtliche funktionelle Besserung zur Folge, und es fragt sich, auf welche Weise diese Besserung zu stande kommt. Um hierüber Klarheit zu schaffen, hat der Verfasser an 17 Hunden den Tonus des Blasensphinkters vor und nach der Resektion eines Vas deferens gemessen. Es ergab sich, dafs der Blasensphinkter bei 12 Tieren dem Abflufs der in der Blase befindlichen Flüssigkeit nach der Operation bedeutend geringeren Widerstand entgegensetzte als vor der Operation, d. h. dafs der Tonus des Blasensphinkters nach der Resektion eines Vas deferens beträchtlich schwächer war als vorher. Die Verminderung des Tonus begann in allen Fällen unmittelbar nach der Operation. Bei fünf Tieren trat keine Veränderung ein; da sich aber bei denselben der Urin vor der Operation schon unter abnorm geringem Druck entleerte, so ist anzunehmen, dafs hier schon während der Vorbereitungen zur Operation (Morphiuminjektion, Freilegung der Blase und Herausziehen derselben aus der Bauchhöhle) eine Erschlaffung des Sphinkters eintrat. Der Verfasser schliefst aus dem Ergebnis dieser Versuche, dafs die funktionelle Besserung, die bei Prostatahypertrophie nach Operationen an den Genitalien eintritt, auf eine reflektorisch hervorgerufene Abschwächung des Tonus des Blasenphinkters zurückzuführen ist. Damit erklären sich auch die Tatsachen, dafs die genannten Operationen bei Prostatikern mit akuter Retention die besten Resultate ergeben, und dafs die Besserung unmittelbar nach der Operation eintritt.

2. **Verdoppelung der Harnblase,** von F. Cathelin und Ch. Sempé. Die Verfasser haben aus der gesamten Literatur 32 Fälle von Verdoppelung der Blase sammeln können und führen dieselben in der vorliegenden Arbeit einzeln auf. Nur 15 Fälle können als vollkommen einwandfrei gelten; bei den übrigen handelt es sich wahrscheinlich, aber nicht sicher, um wirkliche Verdoppelung der Blase. Immerhin scheint die Zahl der bisher beschriebenen Fälle zu beweisen, dafs diese Mifsbildung doch nicht so aufserordentlich selten vorkommt, wie manche Autoren annehmen. — Charakterisiert ist die Verdoppelung der Blase dadurch, dafs in jede Blase ein Ureter mündet, und dafs beide Blasen eine mit der Mucosa in normaler Weise verwachsene Muscularis besitzen. Diese beiden Momente unterscheiden die echte Doppelblase vom Blasendivertikel; denn in einen solchen mündet niemals ein Ureter, auch findet sich in der Wand der Blasendivertikel nicht konstant eine Muscularis; wo aber eine Muskelschicht vorhanden ist, läfst sie sich abnorm leicht von der Schleimhaut ablösen. In den meisten Fällen war die Blase allein verdoppelt, in einzelnen Fällen war aufserdem auch der übrige Harnapparat, in einem Falle der ganze Urogenitalapparat, in einem weiteren Falle der Penis verdoppelt. In zwei Fällen waren die beiden Blasen durch das Rektum getrennt. Die manchmal in sagittaler, manchmal in transversaler Richtung angebrachte Scheidewand zwischen den zwei Blasen ist entweder eine fast vollständige, oder sie ist nur angedeutet, oder aber, und das ist das häufigste, sie weist im Zentrum eine mäfsig grofse, rundliche Öffnung auf. Die Blase, in welche die Urethra nicht einmündet, ist fast ausnahmslos infiziert und enthält sehr oft Steine; das ist ohne weiteres begreiflich, da ja in dieser Blase stets eine Harnstauung vorhanden ist. — Embryologisch ist die Verdoppelung der Harnblase als eine Persistenz der ursprünglich doppelten Allantoisanlage aufzufassen.

3. **Über die Beleuchtung bei der Urethroskopie,** von Bensa-Nizza. Nach einer kurzen Beschreibung der gebräuchlichsten Endoskope bespricht B. die Vorzüge und Nachteile, welche der Beleuchtung von innen mittels einer im Tubus selbst be-

findlichen Lichtquelle gegenüber der Beleuchtung von aufsen zukommen; er kommt dabei zu dem Schlusse, dafs die Beleuchtung von aufsen mittels einer am Stirnreflektor angebrachten elektrischen Lampe bei weitem die bessere ist.

Götz-München.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1903. Heft 2.

Carcinosis acuta sykosiformis der Kopfhaut, von Ch. Audry. Frau von 62 Jahren. Beginn der Erkrankung mit einem kleinen, glatten, schmerzhaften Tumor hinter dem linken Ohr; der Tumor fing bald an zu ulcerieren, und es traten in der Regio temporoparietalis sinistra unter Ausfall der Haare und heftigen Schmerzen immer neue Geschwülste auf. Es kommt zur fast völligen Alopecie der betreffenden Gegend, in dem linken Sulcus retro-auricularis bildet sich eine harte Rhagade, das ganze Ohr ist rot, ödematös, derb infiltriert. Die gleiche harte Infiltration besteht auch an der linken Stirnhälfte und der entsprechenden Schläfengegend. Diese ganze infiltrierte Hautmasse ist von kleinen, harten, fast durchscheinenden, vesikelartigen Knötchen besetzt. Dabei bestehen unerträgliche, durch Morphium kaum gelinderte Schmerzen; langsamer Kräfteverfall. Die mikroskopische Untersuchung lieferte das unzweifelhafte Bild eines Carcinoms.

Ulcus chronicum vulvae (esthiomène) und Lymphangiom, von Audry und Dalous. Aus der langen Krankengeschichte sei hervorgehoben, dafs die 27jährige Patientin ursprünglich mit drei einfachen Schankern am After und doppelseitigen Bubonen ins Krankenhaus aufgenommen wurde, dafs sie aber schliefslich durch wiederholte voreilige Unterbrechung der Behandlung und Vernachlässigung ihrer Gesundheit sehr schwere Entzündungs- und Ulcerationsformen der Regio vulvo-analis bekam. Interessant war dabei das Auftreten von sechs kleinen Lymphangiomen auf der fast ganz unveränderten Haut der rechten Gesäfshälfte. Man könnte, meinen die Verfasser, das Vorkommen dieser Lymphangiome als Stütze für die von F. Koch vertretene Ansicht verwerten, dafs das Ulcus chronicum vulvae eine Folge der Exstirpation der — auch in diesem Fall vorgenommenen — Leistendrüsen sei. Sie selbst halten dafür, dafs durch die vielfachen Infiltrate der Cutis die Lymphgefäfse gewissermafsen abgeschnürt wurden, und dafs auf diese Weise in ihrem Fall die Lymphangiome zu stande kamen.

Über die Bedeutung der Lymphstauung bei der Pathogenese des Syphiloma ano-rectale, von Ch. Audry. Auch dieser Fall, bei welchem es sich um umfangreiche Neubildungen am After infolge voraufgegangener syphilitischer Erkrankung handelt, wird von A. in dem nämlichen Sinne wie der vorhergehende Fall ausgedeutet. Hier hatte fünf Jahre früher ein doppelseitiger, vereiternder Bubo bestanden. Hierdurch wurde eine Lymphstauung verursacht, und A. nimmt an, dafs diese dem typischen Kondylom einen hypertrophischen Charakter verlieh und das Ödem der Vulva, von dem in der Krankengeschichte die Rede ist, bewirkte.

Ein fluxionäres Erythem der Lippen mit bleibenden Spuren, von Ch. Audry. Die 37jährige, sonst ganz gesunde Patientin leidet seit fünf Jahren ohne nachweisbare Veranlassung an eigentümlichen Anfällen. Unter leichten Sensibilitätsstörungen erscheint plötzlich eine besondere linksseitige Schwellung und Rötung der Lippen; nach etwa 14 Tagen sind die Lippen wieder normal. Die Anfälle wiederholen sich in sechs- bis neunwöchentlichen Pausen und sind in der letzten Zeit noch seltener geworden. An beiden Mundwinkeln bestehen, von der Mundschleimhaut ausgehend, erythematöse, etwa zweifrankstückgrofse Herde. — Eine elektrische Behandlung schien die Anfälle nur ungünstig zu beeinflussen, sie traten danach wieder häufiger auf.

Türkheim-Hamburg.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 21. März 1903.

I. **Lichen planus und die Leukoplakie der Schleimhäute,** von J. N. Hyde-Chicago. Die genaue Beziehung zwischen Lichen planus und Leukoplasie der Mundschleimhaut, wie sie Balzer, Faure-Beaulieu und Darier beschrieben haben, ist noch nicht genügend geklärt. Verfasser berichtet über einen typischen Fall, der eine 60jährige, stark nervöse Frau betraf. Die Anamnese ergab keinerlei Anhaltspunkte für Syphilis oder exzessiven Tabakgenufs. Zahlreiche typische Efflorescenzen von Lichen planus zeigte die Patientin an den Vorderarmen und längs der Cruroglutaealfalten. Auf dem Zungenrücken befanden sich Gruppen von flachköpfigen umschriebenen, circinären, stecknadelkopfgrofsen, feuchten Erhabenheiten, welche denen auf der Haut des Körpers sehr ähnlich waren. Sie verursachten nur geringe, subjektive Empfindungen. Obwohl das ganze Aussehen der Efflorescenzen auf der Zunge an Leukoplakia buccalis erinnerte, so fehlte denselben doch die trockene, durchscheinende, perlmutterartige Beschaffenheit der letzteren.

II. **Die Ätiologie der Acne vulgaris,** von T. C. Gilchrist. Die Untersuchungen des Verfassers gipfeln in folgenden Schlufssätzen:

1. Bestimmte Bacillen waren in allen Präparaten von 240 typischen Akneefflorescenzen, die 86 Patienten angehörten, anwesend.

2. Reinkulturen des charakteristischen „Bacillus acnes“, wie Verfasser ihn bezeichnet, wurden von 62 Efflorescenzen, hauptsächlich Akneknötchen, die 29 Patienten entstammten, erhalten. 82 Kulturen blieben zumeist wegen ungeeigneten Nährmaterials steril; die übrigen zeigten den Bacillus entweder im Verein mit dem Staphylococcus pyogenes oder albus oder der letztere war in Reinkultur vorhanden.

3. Schnitte eines exzidierten Comedos, einer jungen Aknepapel, Aknepustel und von fünf Akneknötchen, die von sechs Patienten herrührten, wiesen die verschiedenen Stadien des Prozesses auf. Die Schnitte von Akneknötchen zeigten Veränderungen, welche sich tief in das Corium erstrecken, von dem in einigen Exemplaren ein vergröfserter und deutlich hypertrophierter Follikel umgeben ist.

4. Die gefundenen Bacillen haben sich bei Mäusen und Meerschweinchen als pathogen erwiesen.

5. Der „Bacillus acnes“ ist in Strichpräparaten ein kurzes, dickes Stäbchen, aber in Kulturen erscheint er oft länger und dicker und in alten Kulturen nimmt er deutlich sich verästelnde Formen an. Er wächst auf saurem Glycerinagar in Haufen.

6. Das Blutserum der mit Akne behafteten Patienten agglutiniert den spezifischen Bacillus.

Auf Grund seiner Untersuchungen glaubt Verfasser, dafs dieser Bacillus tatsächlich die Ursache der Acne vulgaris ist, wenngleich gewisse prädisponierende Momente, wie das Alter, Verdauungsstörungen etc., eine ätiologische Rolle spielen mögen.

III. **Ein Fall von Blastomykosis,** von O. S. Ormsby und H. M. Miller. Die Hautaffektion bei dem 56jährigen, tuberkulös belasteten Patienten begann zwei Monate später, nachdem er an einem Spitzenkatarrh erkrankt war, mit symmetrisch verteilten, an beiden oberen und unteren Extremitäten lokalisierten, tief gelegenen, dunkelblauen bis schwarzen Knoten, die im weiteren Verlaufe ulcerierten oder abscedierten und mit Hinterlassung von Narben abheilten, um anderen, frischen Knoten Platz zu machen.

Die histologische Untersuchung eines exzidierten Knotens ergab zunächst, dafs der Prozefs sich wesentlich im subcutanen Gewebe abspielte, während die Epidermis fast gar keine, die Cutis nur geringe Veränderungen zeigte, welche in erweiterten

Gefäßen und in perivaskulärer Infiltration bestanden. Die letztere nahm an Stärke zu, je mehr man sich dem subcutanen Gewebe näherte. Hier waren die Infiltrationsbezirke wohl begrenzt. Die Infiltration war aus zahlreichen Leukocyten, roten Blutkörperchen, Bindegewebe, Plasma-, Mast- und Riesenzellen zusammengesetzt; außerdem bemerkte man hier und da zerstreut zahlreiche ovale, oblonge, zirkuläre oder unregelmäßige Gebilde, die wie Riesenzellen aussahen und je nach der Größe 1—4—20 und mehr Organismen und eine entsprechende Anzahl Bläschenkerne enthielten. Alle Riesenzellen wiesen denselben Organismus oder deren mehrere auf.

Überimpfungen von einem Absceß und einem tief gelegenen Knoten ergaben in Agar-Agar und Glycerin-Agar nach drei Tagen Reinkulturen desselben Organismus. Seine kulturellen Eigenschaften sind dieselben, wie sie kürzlich MONTGOMERY beschrieben hat. Der Organismus fand sich auch, wie die Sektion des letal verlaufenen Falles ergab, in allen von den inneren Organen angefertigten mikroskopischen Präparaten.

Zwei Meerschweinchen wurden mit den Reinkulturen aus den ersten Glycerinagarröhrchen geimpft. Sie zeigten nur auf den Impfstellen lokale Läsionen. Dagegen wiesen die inneren Organe, namentlich die Lungen, eine enorme Menge des spezifischen Organismus auf und waren in ausgedehntem Maße von Abscessen und Knoten durchsetzt. Nirgends fanden sich, ebenso wie beim Patienten, Tuberkelbacillen. Die Sektionsbefunde in dem eingangs beschriebenen Falle werden ausführlich mitgeteilt und die Differentialdiagnose zwischen Blastomykose und Tuberkulose der Haut eingehend besprochen.

IV. **Die Acne vulgaris und ihre Behandlung,** von G. H. FOX. Der Verfasser bespricht die Pathologie und Pathogenese der Acne vulgaris, ihre Einteilung und verschiedenen Formen.

Vom therapeutischen Standpunkte aus empfiehlt es sich, die Akne einzuteilen in einen reizbaren und einen indolenten Typus. Bei dem ersteren ist die Haut oft fein, zart und empfindlich und verlangt nur milde, lokale Applikationen; bei dem letzteren sind kräftige, lokale Mittel indiziert und oft von ausgezeichneten Resultaten begleitet.

In der Therapie der Akne darf vor allem die Allgemeinbehandlung nicht vernachlässigt werden, weil vielfach träger Stoffwechsel, gastro-intestinale Störungen, Hämorrhoiden etc. ursächliche Faktoren bei der Akne bilden.

Die therapeutischen Maßnahmen, welche bei der Akne gebräuchlich sind, werden eingehend besprochen und auf ihren Wert geprüft, so besonders die „Gesichtsmassage", die der Verfasser, von sachverständigen Ärzten ausgeführt, für sehr zweckmäßig hält; nur dürfe man sie nicht übertreiben und bei den Manipulationen die Haut mit den Fingernägeln verletzen. Es empfiehlt sich, um dies zu verhindern, bei der Gesichtsmassage, anstatt das Gesicht mit Coldcream einzufetten, besser dasselbe mit Bimsteinpuder zu bestreuen.

Was die instrumentelle Behandlung der Akne betrifft, so verdient der scharfe Löffel vor allen anderen Instrumenten den Vorzug, um die Akneknötchen und Aknepusteln zu eröffnen und auszukratzen.

Also strenge Diät, kalte Bäder, gymnastische Übungen und der scharfe Löffel sind die besten Mittel gegen die Akne. *C. Berliner-Aachen.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases.

1903. No. 2.

1. **Aktinomykose und Radiotherapie,** von M. L. HEIDINGSFELD. **Der Verfasser berichtet einen Fall von Strahlenpilzerkrankung bei einem 62jährigen Farmer. Sein**

Leiden begann vor zwei Jahren als schmerzhaftes Knötchen der Mundschleimhaut, nahe den linken unteren Mahlzähnen. Dieses wurde operativ entfernt und scheinbar beseitigt, doch rezidivierte der Prozeſs bald. Ein Chirurg riet damals sofort zur Entfernung eines Teils des Unterkiefers und stellte eine ungünstige Prognose. Der Kranke verweigerte die Operation und lieſs sich radiographisch behandeln. Die dreimonatige Kur erzeugte zwar eine Dermatitis, aber keine Besserung des ursprünglichen Leidens. Nach einem Vierteljahr Ruhe unterzog sich der Kranke einer abermaligen und wieder erfolglosen radiotherapeutischen Kur bei einem anderen Röntgenspezialisten. Verfasser erzielte durch Darreichung von Jodkalium und Injektionen von Jodipin eine derartige Besserung, daſs er Hoffnung auf völlige Heilung hegt. Die Diagnose war mikroskopisch und histologisch gesichert. Heidingsfeld wendet sich gegen die vielfach planlose Anwendung der Radiotherapie.

2. **Die Beziehung des Harnleiters zur Blase,** von Byron Robinson-Chicago. Die Abhandlung bringt nichts Neues. Sie befaſst sich hauptsächlich mit der Bedeutung der topographischen Anatomie des Ureters bei Hysterektomie und anderen verwandten Operationen.

3. **Prurigo und Pruritus,** von S. C. Martin-St. Louis. Besprechung der Symptomenbilder beider Krankheiten. Die Prurigo beginnt nach Martin gewöhnlich im Kindesalter. Somit dürfte es sich nach Kaposis Meinung nicht um wahre Prurigo handeln, der ihre Entstehung unbedingt ins erste oder zweite Lebensjahr verlegt. Gegen den auf nervöser Grundlage beruhenden Pruritus verwendet Martin mit Vorliebe Menthol, Chloral, Kamphor, letztere beiden gern zu gleichen Teilen gemischt. Auch Salicylsäure, Sublimat und Cyankalium verwendet er teilweise. Von der Karbolsäure will er nur in Konzentrationen antipruriginöse Wirkungen gesehen haben, in denen sie toxisch zu wirken vermag. Elektricität tut oft gute Dienste.

4. **Der dritte Akt im Syphilisdrama,** von Henry Alfred Robbins-Washington. Der Verfasser nennt den ersten Akt im Drama der Syphilis die Ansteckung, den zweiten die Zeit des Primäraffektes, den dritten die Zeit der sekundären Eruptionen der Krankheit. Er schildert in seiner Mitteilung die im Gefolge der sekundären Periode auftretende Melancholie, Anämie, Indigestion, das Fieber, die Kopfschmerzen, Alopecie, Rheumatismus u. s. w. An einem instruktiven Fall beleuchtet er die groſsen Gefahren des Syphilisgiftes für das Gehirn, indem es die heftigsten maniakalischen Anfälle erzeugen kann und schlieſslich zu chronischen Beeinträchtigungen der Sphäre des Cerebrospinalsystems führt.

5. **Die Elephantiasis in Japan,** von Albert S. Ashmead-New York. In Kiushiu und anderen Teilen Japans kommt die Elephantiasis endemisch vor und ist in ihren Symptomen mit der anderer tropischer Länder identisch. Amakusa und Kagoshima sind identische Begriffe für gleichzeitige Elephantiasis und Filariakrankheit. Die Elephantiasis befällt vorzüglich die arme Bevölkerung, am meisten Bauern und Fischer, die nahe an den Küsten leben. Sie kommt, wenn auch selten, mit Chylurie zusammen vor. Die Filaria Lewis findet sich selten im Blute von Personen, welche an reiner Elephantiasis leiden, wohl aber bei Kombination mit Chylurie. Es kommen jedoch bei der gewöhnlichen Elephantiasis Japans andere Filarien als ätiologischer Faktor wohl in Betracht. Die Übertragung der Parasiten findet durch die Moskitos der Küsten und Reisfelder statt. Auch die Lepra scheint nicht ganz auſser Zusammenhang mit den Moskitos zu stehen.

6. **Ein Sexuellperverser,** von W. B. Parson-Missoula. Kurzer Bericht über einen Fall von sexueller Perversion. Ein Mann von etwa 35 Jahren stellte sich auf einer Brücke auf und entblöſste bei der Annäherung von weiblichen Wesen seinen erigierten Penis. Als er von einem versteckt ihn beobachtenden Dedektiv verhaftet

wurde, stellte es sich heraus, daſs er Waffen bei sich trug, also wohl auf eine Fortnahme gefaſst war. Trotzdem hatte er seinen perversen Trieb nicht unterdrücken können.

7. **Die soziale Lage und Beschäftigung der Frau in ihren Beziehungen zur Gesundheit,** von S. L. Elsner-Rochester. Keine neuen Gesichtspunkte.

8. **Spinale Anästhesie durch Tropakokain in der Chirurgie der Urogenitalsphäre**, von M. Krotoschiner-San Francisco. Der Verfasser, welcher vor zwei Jahren mit intraspinaler Anästhesierung durch Kokain Versuche angestellt und dabei infolge der toxischen Wirkung der Droge und der bedrohlichen Zufälle, die ihm vorgekommen waren, ganz von der Methode intraspinaler Anästhesierung abgekommen war, hat neuerdings mit Tropakokain nach Willy Meyer und Schwartz die befriedigendsten Erfolge bei chirurgischen Eingriffen der Urogenitalregionen erzielt, wo allgemeine Anästhesie nicht anwendbar war. Zu fast allen Operationen genügte eine Dose von 0,05 Tropakokain, in den Subarachnoidal-Raum aseptisch injiziert. *Hopf-Dresden.*

Bücherbesprechungen.

Syphilis und Berufsgeheimnis, von Georges Thibierge-Paris. (Paris, Masson & Co., 1903.) Der bekannte Pariser Dermatologe, unter dessen Redaktion auch die *Annales de dermatologie* erscheinen, hat im vorliegenden Buche das weite Gebiet des Verhaltens des Syphilis behandelnden Arztes gegenüber Kranken, Umgebung, Behörden u. s. w. ausgiebig und weitgehend erläutert. In keinem anderen Falle ist der Arzt so zu Verschwiegenheit verpflichtet, wie gerade beim syphilitischen Kranken. Die Ursache davon ist die exceptionelle Stellung, welche die Syphilis in der Beurteilung durch die Welt einnimmt. Ohne daſs das Berufsgeheimnis in der Behandlung der Lues gewahrt und die soziale Sicherheit des Patienten durch den Arzt aufs weitestgehende gewährleistet wird, ist eine öffentliche Prophylaxe dieser furchtbaren Seuche nicht denkbar. Diese Erwägung muſs uns auch in allen solchen Fällen als oberste Richtschnur dienen, in denen die Wahrung der Verschwiegenheit gegen nicht zu unterschätzende Faktoren anderer Art zu verstoſsen droht und mit anderen wichtigen ethischen oder familiären oder sozialen Forderungen im Widerspruch steht. Das Buch des Autors gibt nun eine wertvolle Reihe von möglichen Lagen, in die der Arzt bei Behandlung syphilitischer Patienten geraten wird. Den Beginn machen Betrachtungen über die civilrechtliche Verantwortlichkeit in Fällen von Übertragung der Syphilis. Ferner wendet sich Thibierge zu der Frage, ob man jedem Syphiliskranken über seine Krankheit Aufschluſs geben soll. Es gibt Fälle, in denen man den Patienten im Unklaren über die wahre Natur seiner Affektion lassen wird, ja in denen man diese Natur nicht einmal wird dürfen ahnen lassen, zeitweilig oder dauernd; jedoch bilden solche Fälle die seltene Ausnahme. Im allgemeinen ist das Gegenteil erforderlich. Der Arzt hat die Pflicht, den Charakter des Leidens dem Kranken sofort zu offenbaren, jedoch nicht eher, als die Diagnose über jeden Zweifel erhaben ist. Dies ist notwendig, damit sich der Träger der Krankheit selber behandeln läſst und sich vor Übertragungen auf dritte Personen hütet. Das aber ist die wahre Syphilisprophylaxe. Um auf der anderen Seite den Kranken durch den Hinweis auf Schwere und Infektiosität des Leidens nicht zu sehr zu deprimieren, wird der Arzt jener trüben Aussicht die erfreuende gegenüberstellen, daſs bei sachgemäſser Behandlung, sofern

dieselbe genügend lange fortgesetzt wird, Heilung möglich ist, ja sicher zu erwarten steht. Auch die Möglichkeit ungefährlicher Eheschliefsung wird den Kranken trösten, zumal wenn er nebenbei erfährt, wie häufig das Leiden in allen Bevölkerungskreisen ist. Je leichtsinniger der Patient ist, um so mehr wird der Arzt die Gefahren der Syphilis und ihre leichte Übertragbarkeit betonen, je nervöser und ernster der Kranke ist, um so mehr wird er auf die Heilbarkeit durch gute Behandlung verweisen müssen. Des weiteren beleuchtet der Verfasser die Verhältnisse, welche durch syphilitische Erkrankungen des Sohnes oder der Tochter der Familie gegeben sind und inwieweit wir verpflichtet sind, die Eltern über die Art der Krankheit ihrer Kinder aufzuklären. Weitere Kapitel behandeln: die Syphilis vor und während der Ehe; die Scheidungen; syphilitische Säuglinge und Ammen; syphilitische Dienstboten und Arbeiter; die Syphiliskranken in den öffentlichen Krankenanstalten; die Übertragung des Leidens durch Instrumente; die Syphilis der Ärzte und der Hebammen. *Hopf-Dresden.*

Die Prostitution in Paris. Eine sozial-hygienische Studie von Parent-Duchatelet. Bearbeitet und bis auf die neueste Zeit fortgeführt von Montanus. (Fr. Paul Lorenz, Freiburg i. Br. und Leipzig 1903.) Bei der Wichtigkeit der Stellung des Parent-Duchateletschen Werkes „De la prostitution dans la ville de Paris" unter den Erzeugnissen der Prostitutions-Literatur ist es nur mit Freuden zu begrüfsen, dafs ein Kollege, der sich übrigens unter dem Pseudonym Montanus verbirgt es unternommen hat, den deutschen Ärzten das Buch in einer recht guten Bearbeitung in deutscher Sprache zu unterbreiten. Es liegt von der deutschen, umgearbeiteten und ergänzten Ausgabe der erste Band vor. Ein zweiter soll unter Grundlegung der allerneuesten amtlichen Quellen die geheime Prostitution in Paris und die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den Prostituierten der französischen Hauptstadt behandeln, sowie Stellung nehmen zur Reglementierung überhaupt und zum Abolitionismus. Aus dem ersten Teile, welcher den Begriff „Prostituierte" definiert, ihre Familienabstammung und Familienlage, die Heimatsverhältnisse und die sozialen Ursachen erörtert, welche zur Prostitution führen, ferner die Sitten und Gepflogenheiten, die Physiologie der Dirnen (Korpulenz, Haarfärbung, Körperlänge, Anthropometrie, Genitalien, Menstruation u. a.), das Wesen der öffentlichen Häuser, die Zunft der Bordellbesitzerinnen, Einschreibung und schliefsliches Ende der Pariser Prostituierten eingehend bespricht, seien einige kurze Daten von Interesse herausgegriffen. Als Grundursachen zur Prostitution sieht Parent-Duchatelet die materielle Not an, die Eitelkeit und Putzsucht, die Treulosigkeit der Liebhaber, häuslichen Kummer und schlechte Behandlung durch die Eltern, das schlechte Beispiel der letzteren. Bezüglich des letzteren kann man oft feststellen, dafs die wahre Unschuld schon lange verschwunden ist, ehe der Geschlechtstrieb sich bei den jungen Mädchen bemerkbar macht. Auch die Arbeitseinstellungen geben vielfach den Anstofs, dafs sich Mädchen der Prostitution in die Arme werfen. Viele Frauen tun dasselbe, nur um ihren Pflichten als Mutter gerecht werden zu können, wenn der Ehemann sie und die Kinder im Stich gelassen hat oder gestorben ist. Auch prostituieren sich viele Töchter, um den darbenden Eltern Geld zu verschaffen. Der Verfasser gibt des weiteren eine Zusammenstellung, welche recht lehrreich erscheint. Unter 5183 eingeschriebenen Frauen brachte die äufserste materielle Not 1441 dazu, Prostituierte zu werden. Bei 1255 war der Tod der Eltern oder die Verstofsung durch dieselben oder völlige Verwahrlosung die Ursache zur Registrierung, 37 und 29 wurden Prostituierte, um ihre Eltern beziehentlich jüngere Geschwister und Verwandte zu ernähren, 23 Fälle betrafen verlassene oder verwitwete Mütter; durch die Untreue des Liebhabers gezwungen wandten sich 1425, durch den Hausherrn verführt und entlassen 289 Mädchen der Prostitution zu. Von obigen 5183 Dirnen waren 164mal zwei Schwestern zu konstatieren, viermal drei

Schwestern, dreimal alle vier Schwestern einer Familie, 16mal Tochter und Mutter. Man kann daraus ersehen, dafs viele Prostituierte aus Familien stammen, die durch Immoralität von Grund aus verdorben sind. Die Einschreibung von Frauen in Paris findet statt entweder durch freiwilliges Darumnachsuchen oder durch Anmeldung seitens einer Bordellwirtin oder zwangsweise durch die Behörde. Verhaftung eines Frauenzimmers kann nur erfolgen, sofern zwei Polizeibeamte in vier verschiedenen Fällen festgestellt haben, dafs die betreffende provokatorisches, zur Unzucht anlockendes Benehmen gezeigt hat, oder wenn es bei einer der Polizeirazzias bei der Tat in einem der geheimen Prostitution dienenden Haus ertappt worden ist. Unter 18 Jahre alte Mädchen dürfen seit Lépines Präfektur nicht registriert werden, obwohl fünf Sechstel aller sexuellen Leiden gerade durch diese Minderjährigen verbreitet werden. Sofortige Streichung aus der Prostituiertenliste, die zu beantragen ist, erfolgt bei Verheiratung, bei Vorbringung eines ärztlichen Zeugnisses, welches ein die Fortsetzung der Prostitution ausschliefsendes körperliches Leiden feststellt, und im Falle, dafs eine auswärtige Prostituierte, welche die Ihrigen aufgesucht hat, den Beweis eines geänderten Lebenswandels erbringt. *Hopf-Dresden.*

Die tierischen Parasiten des Menschen. Ein Handbuch für Studierende und Ärzte. Von M. Braun-Königsberg i. P. Dritte Auflage. (A. Stuber, Würzburg 1903.) Die zahlreichen und zum Teil hochbedeutsamen Entdeckungen auf dem Gebiete der Parasitenkunde in den letzten Jahren haben eine Neuauflage des Braunschen Werkes notwendig gemacht. Die neuen Forschungen betreffen hauptsächlich die parasitischen Urtiere u. s. w., besonders die Gruppen der Coccidiiden und Hämosporidien. Weniger wesentlich sind die Veränderungen an den übrigen Abschnitten des Buches. Neu sind ferner eine grofse Zahl sehr instruktiver Abbildungen. Das Werk, das die Literatur bis in die jüngste Zeit berücksichtigt, sei hiermit den Interessenten bestens empfohlen.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Die Geschlechtskrankheiten. Merkbüchlein für Gesunde und Kranke. Von Bernstein-Kassel. (Th. G. Fischer & Co., Kassel.) Der Verfasser teilt seinen Stoff in fünf Kapitel ein: Wesen und Bedeutung der sexuellen Krankheiten, ihre Ansteckungsgefahr, der Selbstschutz und seine Mittel, die Selbstbeobachtung für den Fall einer Ansteckung, Mafsregeln für geschlechtlich Erkrankte und für Heiratswillige. Überall ist der Stoff kurz und prägnant bearbeitet, das wesentlichste besonders betont und durch fettere Schrift hervorgehoben. Bezüglich des Ehekonsenses für früher Tripperkranke ist zu erwähnen, dafs Bernstein eine sechs- bis achtmalige mikroskopische Untersuchung des Harnröhren- und Vorsteherdrüsensekretes (wohl auch des Sekretes der Samendrüsen. D. Ref.) mit negativem Befund für notwendig erachtet. Den Ehekonsens nach Syphilis gibt er, wenn zur Zeit der Untersuchung, wie auch im vorangegangenen Jahre keine syphilitische Erscheinung vorhanden oder aufgetreten ist, wenn mindestens vier Jahre seit der Infektion verflossen sind und in den ersten zwei oder drei Jahren gründliche Behandlung des Kranken erfolgt ist.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Idioneurosen.

Über Juckausschläge im Kindesalter, von F. Siebert-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 27.) S. faſst die unter dem Namen Urticaria papulosa, Lichen urticatus, Strophulus, Lichen strophulus, Varicella pruriginosa, Prurigo infantilis etc. bekannten Juckausschläge im Kindesalter als eine Krankheitsgruppe für sich auf; dieselbe ist weder dem Erythema multiforme noch der Urticaria vorhaltlos unterzuordnen. Es empfiehlt sich, für die Affektion einheitlich den Namen Strophulus beizubehalten; je nach dem Vorwiegen der einen oder anderen Art von Efflorescenzen lieſsen sich verschiedene Unterarten zusammenstellen, die als Lichen urticatus, Urticaria papulosa und Lichen strophulus zu bezeichnen wären. Die Ätiologie der Affektion ist bekanntlich keine einheitliche; S. glaubt, daſs auch die Zahnung die Krankheit auf reflektorischem Wege hervorrufen kann (?? Ref.). Dem Strophulus scheinen gewisse Formen von Ekzem nahezustehen, die, wie jener, sehr häufig bei fetten, anämischen Kindern mit schwammigem Unterhautzellgewebe vorkommen; sie bestehen aus dichtgedrängten, kleinsten, spitz und kegelförmig zulaufenden, mit einem Schüppchen bedeckten oder nässenden Papeln und sind vorzugsweise auf den Innenflächen der Unterarme und auf der Brust lokalisiert. Was die Behandlung betrifft, so hat S. mehrfach Ichthyol in verschiedener Form (Ichthalbin, Ichthyol- und Ferrichthyoltabletten) gegeben; das Mittel wirkte teilweise sehr gut, teilweise versagte es vollständig. *Götz-München.*

Über den Juckausschlag im Kindesalter, von J. Zappert. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1902. No. 47.) Der Strophulus sucht mindestens die Hälfte der Kinder heim. Der Ausschlag tritt anfallsweise auf, ist häufiger in der heiſsen Jahreszeit. Lendengegend, Achselfalten, Streckseiten der Oberschenkel, Fuſsknöchelgegend, Beugeseite der Handwurzel sind besonders ergriffen; die behaarte Kopfhaut bleibt stets frei. Verdauungsstörungen sind dabei oft nachzuweisen, nicht immer. Der Urin ist nicht selten trübe, zeigt ein starkes Harnsäuresediment. — Die Therapie hat den Darmtraktus zu beachten. Kalomel, Karlsbader Salz, Ichthyol, Fachinger, Biliner, Krondorfer kommen in Frage. Äuſserlich: 1—2%ige Salicyllösung, darüber Puder, Zinkpaste, Schwefelpaste, Naphtolsalbe, Wilkinsonsche Salbe, Zinkpflastermull, essigsaure Thonerde. Warme Bäder sind zu meiden; eventuell Zusatz von Schwefelleber und von Kleie. Waschungen mit Teerseife sind von Nutzen. Antipyrin intern stillt den Juckreiz. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die äuſserliche Behandlung des Pruritus (antipruriginöse Methoden), von Leredde. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 46 u. 47.) Zusammenstellung all der zahlreichen Medikamente und Methoden, die uns zur örtlichen Behandlung des Pruritus zu Gebote stehen. Aus dem umfangreichen Aufsatze ist hervorzuheben, daſs nach den Beobachtungen des Verfassers der Pruritus gleich dem chronischen Ekzem durch den Gebrauch der gewöhnlichen Toiletteseifen ungünstig beeinfluſst wird; es kommen Fälle von wirklichem „Seifenpruritus“ vor. Nur die überfetteten Seifen werden von manchen Prurituskranken gut vertragen. Die eigentlichen Heilmittel bei Pruritus sind die reduzierenden Medikamente; möglicherweise läſst sich die Krankheit wie der Lichen simplex auch durch die exfoliierenden Methoden beseitigen. *Götz-München.*

Sekretionsanomalien.

Über die Hygiene des Schweifses und über den Schweifsfufs, von F. GRIMM. (*Frauenarzt.* 1899. No. 8/9.) Abgesehen von dem Werte einer hygienischen rationellen Bekleidung des Fufses verlangt der Verfasser, dafs die Medikamente zur Behandlung des Schweifsfufses reinlich in der Anwendung, einfach in der Anwendung sind und die Haut nicht verändern oder schädigen. Diese Anforderungen werden nur durch Borsäurepräparate erfüllt, sofern sie entsprechend verdünnt und zubereitet in Anwendung kommen; vor allem ist hier die Form des Borsyl zu empfehlen. Hiermit werden abends und morgens Füfse wie Inneres der Strümpfe gepudert. Zwischen die Zehen lege man bepuderte Watteflocken. Salicylsäurepräparate verwirft GRIMM als zu reizend, ebenso wendet er sich gegen die Chromsäuretherapie, weil nach der Schälung ohne Beseitigung des Leidens selbst der Fufs nur empfindlicher geworden ist. Salben sind nur für Leute zu empfehlen, die stundenlang Zeit für Pflege der Füfse aufwenden können. *Hopf-Dresden.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Ein Fall von subcutaner Myiasis, von E. B. HECTOR - Castle Dougles N.-B. (*Lancet.* 26. April 1902.) Bei einem $6^1/_2$jährigen Knaben traten an verschiedenen Stellen am Kopfe kleine Schwellungen auf, welche zum Teil recht schmerzhaft waren. Zuerst am Nacken, dann am linken Parietalknochen, am Ende der Sutura coronaria, am rechten Processus mastoideus, an der linken Schläfengegend und am Aufsenwinkel des rechten Auges entwickelten sich, teilweise mit intensivem Ödem und Drüsenschwellungen verbunden, derartige Schwellungen. Mit Ausnahme des ersten Tumors wurde aus allen je eine 1,2 cm lange, weifse, mit 12 Einschnürungen versehene unbekannte Fliegenlarve nebst einigen Tropfen Eiter ausgedrückt. Es wird vermutet, dafs der Knabe durch ein in Gepäckstücken einer aus Uganda zurückgekehrten Verwandten mitgebrachtes Insekt infiziert worden war. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bericht über drei Fälle von wandernden Larven in der Haut beim Menschen (KAPOSIS Hyponomoderma), von A. VAN HARLINGEN-Philadelphia. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Sept. 1902.) Diese durchaus seltene Affektion stellt sich klinisch dar als eine mehr oder weniger geschlängelte, rote, öfters mit Bläschen besetzte Linie von etwa $^1/_{16}$ Zoll Dicke. Einesteils erinnert die Läsion an Erythema circinatum, andererseits an Filariasis oder auch sozusagen an eine ins riesenhafte vergröfserte Scabies. Von den hier beschriebenen Fällen betrafen zwei Kinder im Alter von 4 resp. 5 Jahren; bei diesen waren die Füfse affiziert, während bei dem dritten Fall, einem Zollbeamten, die Handfläche Sitz der Läsion war. Es gelang nicht, trotz Einschneidens bei zwei von den Patienten die gesuchten Parasiten zu finden; trotzdem hält Verfasser die Diagnose für gesichert. Bei allen drei Patienten scheint die Affektion ziemlich glatt geheilt zu sein trotz teilweise vergeblicher Behandlung.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den ursächlichen Zusammenhang zwischen „Ground-itch“ oder „Pani-Ghao“ und dem Vorhandensein von Larven des Ankylostoma duodenale im Erdreich, von C. A. BENTLEY-Assam. (*Brit. med. Journ.* 25. Jan. 1902.) Diese hauptsächlich bei den Kulis vorkommende Affektion wird folgendermafsen definiert: Eine in Assam, Westindien und vielleicht sonst in den Tropen endemische Krankheit mit periodischem Auftreten zur Zeit der Nässe; die typischen Läsionen sind ein primäres Erythem und nachfolgende Bläschen, welche öfters pustulös werden und in intensiveren Fällen zu hartnäckigen Ulcerationen und Gangränbildung führen können. Der Sitz des Leidens sind immer die Füfse und der unterste Teil der Unterschenkel.

Die ersten Symptome sind ein intensives Jucken und Brennen, und gewöhnlich am zweiten Tage treten die Bläschen hervor. Frühzeitige Behandlung, wobei namentlich die Anwendung einer konzentrierten Salicyllösung in Kollodium oder Spiritus in Anwendung kommt, ist oft von Erfolg begleitet, so daſs der Patient in zwei bis drei Tagen wieder arbeitsfähig wird. B.s Untersuchungen weisen darauf hin, daſs die Larven des Ankylostoma als ätiologisches Moment zu bezichtigen sind. Einerseits ist es ihm gelungen, an den erkrankten Gebieten die Larven und deren Überreste nachzuweisen, andererseits konnte er durch Berührung mit dem infizierten Erdreich typische Läsionen hervorrufen. Dazu kommt, daſs der Parasit dort ganz enorm verbreitet ist. Unter 300 Kulis, teils bei guter, teils minderer Gesundheit, fand sich nur ein einziger, welcher davon frei war. Wenn man ferner bedenkt, daſs diesen Leuten die Benutzung richtiger Latrinen durchaus nicht beizubringen ist, so leuchtet es ein, daſs zur Zeit der Regenfälle bei tropischer Hitze der Boden in weitem Umfang von den Larven durchsetzt sein muſs. Dagegen verschwinden die Krankheitsfälle wieder, sobald durch eintretende Dürre den Larven die Existenz unmöglich gemacht wird. Für die Theeplantagen bedeutet diese Krankheit oft eine schwere Schädigung, indem manchmal eine groſse Anzahl Arbeiter plötzlich arbeitsunfähig wird. In prophylaktischer Beziehung hat sich das Einteeren der Füſse und auch das Tragen von Holzschuhen bewährt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Beschaffenheit des Blutes bei Filariasis, von G. L. Gulland-Edinburgh. (*Brit. med. Journ.* 5. April 1902.) Blutkörperchen-Zählungen bei einem an Filaria erkrankten Studenten aus Indien ergaben eine auffallende Vermehrung der Leukocyten und namentlich der eosinophilen Zellen. Zeitlich traf dies recht genau zusammen mit dem Auftreten der Parasiten im Blute, und war in den ersten Tagesstunden dem entsprechend wenig ausgeprägt. Die Zahl der Lymphocyten war durchweg eine ziemlich hohe und zeigte keine bedeutenden Schwankungen. Mit der Nahrungsaufnahme fiel die Leukocytose zeitlich nicht zusammen. G. nimmt demnach an, daſs dieselbe und namentlich die Vermehrung der eosinophilen Zellen eine natürliche Abwehr des Körpers gegen die eindringenden Parasiten darstellt. Der Betreffende war auch zur Zeit der Untersuchungen bei vollständigem Wohlbefinden. Bestätigung hierfür fand Verfasser nachträglich bei einem zweiten derartigen Falle, über den er demnächst berichten wird. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Blut bei Patienten mit Filariasis und Haematobia Bilharzii, von C. C. Coles-Bournemouth. (*Brit. med. Journ.* 10. Mai 1902.) Verfasser bestätigt die Beobachtung von L. Gulland in betreff der Filaria und berichtet über einen Fall von Bilharzia, bei welchem das gleiche Verhalten konstatiert wurde. Das Untersuchungsobjekt, ein allem Anscheine nach durchaus gesunder, kräftiger Engländer, zeigte folgenden Blutbefund: Polynukleäre Leukocyten 46 %, Lymphocyten 27 %, groſse, einkernige, weiſse Blutkörperchen 7 %, eosinophile Zellen 20 %.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen über Filaria Demarquaii, von G. C. Low-St. Vincent. (*Brit. med. Journ.* 25. Jan. 1902.) Dieser Parasit ist in Westindien ziemlich stark verbreitet, namentlich in den unkultivierten Strichen in niedrig gelegenem Gebüsch und Wald. Die Embryonen sind zwar sehr klein, sind aber leicht unterm Mikroskop im Blute zu erkennen, wo sie sowohl bei Tag wie bei Nacht anzutreffen sind. Anfangs bewegen sie sich lebhaft hin und her im Präparat, wodurch sie allein schon von F. nocturna zu unterscheiden sind. Da sie keinerlei pathogene Eigenschaften zu besitzen scheinen, ist es von Bedeutung, sie von letzteren zu unterscheiden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen über Filaria beim Menschen auf Trinidad, von G. A. Vincent. (*Brit. med. Journ.* 25. Jan. 1902.) Das Leiden scheint auf dieser Insel ziemlich stark verbreitet zu sein. Eine Untersuchung bei 500 nicht ausgesuchten Individuen ergab 25 Infektionen; am meisten waren die Angehörigen der weifsen Rasse befallen (10,9 % der Untersuchten), weniger die Negerrasse (4,9 %) und am wenigsten die Ostindier, deren es verschiedene isolisierte Kolonien dort gibt. In Bezug auf die Entstehungsweise bestätigen die Untersuchungen V.s die Beobachtung, dafs die Übertragung auf Moskitostiche zurückzuführen ist. Dabei können verschiedene und sogar die gewöhnlicheren Spezies dieser Insekten wirksam sein. Sehr verbreitet ist der Culex fatigans dort. Es gelang V. bei diesem, die Embryonen noch am 40. und 45. Tage, nach dem der Filariakranke von ihnen gebissen war, am Rüssel und Kopfe nachzuweisen. Auch der sehr verbreitete Anopheles albimanus erwies sich als ein geeigneter Wirt; bei Culex taeniatus dagegen schien dies nicht der Fall zu sein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die operative Behandlung der durch Filaria bedingten Lymphangiektasie, von J. Maitland-Madras. (*Brit. med. Journ.* 25. Jan. 1902.) Im allgemeinen hat es für aussichtslos und sogar für schädlich gegolten, die durch Filaria bedingten Schwellungen operativ zu behandeln. Man macht geltend, dafs nur ein Teil der Varix entfernt werde, und dafs die Behinderung des Lymphstroms damit nicht beseitigt werde; ferner entstehe dabei sehr leicht Lymphorrhagie, oder es entwickle sich eine unheilbare Lymphfistel, und schliefslich sei jegliche Operation wegen der grofsen Neigung zu septischer Infektion und Erysipelgefahr drohend. M. hat im Jahre 1889 zuerst bei einem an periodischen Attacken von Fieber und intensiven Schmerzen, welche jegliche Beschäftigung unmöglich machten, leidenden Patienten das erkrankte Lymphdrüsengebiet an der Leiste mit bestem Erfolge exstirpiert und berichtet jetzt über drei ähnliche Fälle. Andere Chirurgen in Madras haben die gleichen günstigen Erfolge aufzuweisen. In manchen Fällen findet man in dem exstirpierten Lymphgewebe die Parasiten, in anderen mag der Verschlufs der Lymphwege im Gefolge der Operation ein Absterben derselben bewirken. Aber wenn auch der Modus des Einflusses der Operation nicht ganz erwiesen ist, so kann man nach M. an der günstigen Wirkung nicht zweifeln. Die Gefahr einer Lymphfistel ist bei gehörigem Verschlufs der Wunde und Druckverband nicht grofs, und septische Infektion ist zu vermeiden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Mifsbildungen.

Ein Fall von Hypertrichosis universalis, von A. J. Balmanno Squire-London. (*Lancet.* 29. März 1902.) Es handelt sich um den Enkel des schon mehrfach erwähnten Shevémaong oder Sheve-Maong aus Birma, dessen jüngste Tochter unter vier Schwestern allein die Abnormität darbot; von ihren zwei Söhnen wiederum ist nur das jüngste abnorm behaart. Verfasser veröffentlicht hier Bilder der behaarten Mutter mit ihrem 14 Monate alten Sohn, an dem bereits starker flaumiger Haarwuchs an den Ohren, Lippen und dem Kinn zu konstatieren war. Ein zweites Bild zeigt denselben in mittlerem Mannesalter. Die übliche mangelhafte Zahnbildung fand sich auch bei ihm.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Hypertrichosis localis, von G. Farmer-Oxford. (*Brit. med. Journ.* 22. März 1902.) Die Anomalie umfafste bei dem 14-monatigen Knaben die rechte Seite des Gesichts von der Stirn fast bis zum Kinn, sowie die Oberlippe und einen Teil der Nase. Die Haut an dem betreffenden Gebiet war pigmentiert, glatt, von teils hellbrauner, teils dunkel schwarzbrauner Farbe. Die Haare waren meist lang und seidenweich.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kasuistik der systematisierten Naevi und über die sogenannten „strichförmigen" Erkrankungen der Haut, von TSCHLENOFF. (*Med. Obosrenje.* 1903. S. 263.) Verfasser berichtet über folgende Naevusbeobachtung bei einem 14jährigen, wegen frischer Lues im Mjossnitzki-Hospital aufgenommenen Mädchen. Von der Brust ziehen Streifen warziger Gebilde zu den Rippen und zum Rücken. Zwei ähnliche Streifen sieht man auf der linken Rückenhälfte, im Bereich der Scapula. Ferner verläuft ein derartiger Streifen längs der Vorderfläche der rechten oberen Extremität, vom Oberarm hinunter bis zum Vorderarm und einige Streifen bemerkt man in der linken Leiste, dieser parallel. Endlich findet sich noch ein Streifen an der hinteren Fläche des linken Oberschenkels, mehr am inneren Rande.

Arth. Jordan-Moskau.

Ein Fall von Naevus pigmentosus et verrucosus, von A. WHITELOCKE-Oxford. (*Brit. med. Journ.* 26. April 1902.) Enthält nichts Neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Zur Genesis sexueller Anomalien, von IWAN BLOCH-Berlin. (*Wien. med. Blätter.* 1902. No. 3, 4, 6, 8.) Die von KRAFFT-EBING und seiner Schule betonte generelle Auffassung der sexuellen Anomalien als krankhafter, für das moderne Kulturleben spezifischer Erscheinungen hält Verfasser für einen Irrtum. Eine Untersuchung vom anthropologisch-ethnologischen Standpunkt lehrt, daſs nicht das Pathologische im Vordergrund und das Physiologische im Hintergrund zu stehen hat, sondern daſs gerade das Gegenteil der Fall ist. Indem Verfasser die Ergebnisse seiner Untersuchung für ein demnächst erscheinendes, gröſseres Werk in Aussicht stellt, gibt er in den vorliegenden Aufsätzen nur eine Begründung seiner von KRAFFT-EBING abweichenden Auffassung. Schon das hohe Alter und die groſse Verbreitung, ja Ubiquität aller geschlechtlichen Verirrungen lehren, daſs sie mit der „Kultur" oder dem „Zeitalter der Nervosität" nichts zu tun haben. Auch die Lehre von dem Angeborensein gewisser sexueller Anomalien ist im Lichte der Völkerkunde und Kulturgeschichte unhaltbar. Fast immer sind vielmehr die sexuellen Perversitäten erworben, durch Krankheit, Laster oder Sitte. Sicher sind zahlreiche mit einer krankhaften Vita sexualis behaftete Menschen kranke Individuen; das Gros der hierher gehörigen Erscheinungen aber ist mit geistiger und körperlicher Gesundheit verknüpft und verdankt seinen Ursprung nichtpathologischen Momenten. Verfasser führt aus, wie von äuſseren Faktoren Klima, Rasse, Alter, Geschlecht, soziale Verhältnisse, Civilisation, Phantasie das Geschlechtsleben beeinflussen, wie der Einfluſs der Phantasie sich besonders in zwei Empfindungssphären mächtig erweist, der künstlerischen und der religiösen, namentlich der letzteren. Alle Religionen weisen mehr oder weniger sexuelle Beimischung auf; das Sexuelle ist ein Teil des Religiösen. Hieraus erklärt Verfasser die religiöse Prostitution, die religiös-erotischen Feste, die Askese und den Hexenglauben. Sämtliche Arten der uns bekannten sexuellen Anomalien und Perversionen können religiösen Ursprungs sein. — Abgesehen von diesen allgemeinen Einflüssen gibt es zahlreiche individuelle Faktoren, die für die Genesis der Geschlechtsverirrungen ätiologische Bedeutung besitzen. Hierhin gehören Abnormitäten der Genitalien, Onanie, gewisse Genuſsmittel (Alkohol, Opium, Haschisch), ferner die Kleidermode, die auf zweierlei Weise sexuell erregend wirken kann, entweder dadurch, daſs sie gewisse Körperteile hervorhebt und vergröſsert, oder dadurch, daſs sie sie entblöſst. Ein

aufserordentlich wichtiges Moment sieht Verfasser weiter in dem allgemein menschlichen Bedürfnis nach Variation in den sexuellen Beziehungen, das jeder normale Mensch mehr oder weniger deutlich besitzt. Auch die direkte Verführung spielt eine wichtige Rolle, bei jugendlichen Individuen durch Dienstmädchen, Wärterinnen, Erzieher, durch Bordelle bei Erwachsenen. Einen überaus fruchtbaren Boden für die Entstehung geschlechtlicher Verirrungen bilden ferner Stätten und Ereignisse mit Anhäufung einer grofsen Zahl von Menschen, besonders solchen gleichen Geschlechts. Nicht minder gefährlich ist das intime Zusammenleben mit Tieren und der Anblick der Geschlechtsakte bei Tieren. Zuletzt bespricht Verfasser die bedeutsame ätiologische Rolle der obscönen Literatur und der obscönen bildlichen Darstellungen.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Kurze Bemerkungen zur Chirurgie der Urogenitalorgane. — Die forensische Diagnose des Gonococcus, von G. Frank Lydston-Chicago. (*St. Louis med. Rev.* 20. Dez. 1902.) Verfasser bestreitet, dafs jeder Fall von Entzündung im Urogenitaltractus, bei dem das Sekret Gonokokken aufweist, spezifisch und wahrscheinlich venerischen Ursprungs sei und umgekehrt, dafs das Fehlen der Gonokokken den nichtspezifischen und einfachen Charakter der Krankheit beweise. Bei typischer Blennorrhoe besonders der Frauen seien oft mit der gröfsten Mühe keine Gonokokken aufzufinden. Da ferner die Kokken nach einiger Zeit von selbst aus dem Sekret verschwinden, so könne später aus dem Fehlen der Kokken nicht auf die ursprüngliche Natur der Entzündung geschlossen werden. Überdies neigten alle entzündlichen Sekrete der urogenitalen Schleimhäute zur Infektiosität, trotz Abwesenheit der Gonokokken. Somit habe der Nachweis des Gonococcus nur einen gewissen klinischen Wert. Für forensische Zwecke sei er leicht irreführend, besonders bei der Entscheidung, ob eine Urethritis venerischen Ursprungs sei. Verfasser glaubt übrigens, dafs in den grofsen Städten die Möglichkeit, die Blennorrhoe auf anderem als geschlechtlichem Wege zu acquirieren, gröfser sei als die einer Syphilis insontium.

Levor-Frankfurt a. M.

Über die Verwendung der Kaustik in der Urologie, von Georg Berg. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1902. No. 49.) Die Phimosis operiert Verfasser bei vorhandenen Geschwüren kaustisch, indem er nach Kokaininjektion die Vorhaut auf der Hohlsonde mittels Paquelin durchtrennt. Das Glied wird dann einfach mit in essigsaure Tonerde getauchter Gaze bedeckt. Die Wunde heilt ambulant unter dieser feuchten Nachbehandlung. In 3—4 Wochen ist alles gut geheilt, störende Vorhautlappen bleiben nicht zurück. In gleicher Weise eignet sich die Kaustik für die Erweiterung des Orificium externum urethrae. Es wird sogleich eine Sonde eingelegt, was eine Woche täglich trotz reaktiven Ödems geschehen mufs.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Der gegenwärtige Stand der Therapie bei den Krankheiten des Urogenitalsystems, von Eugène Fuller. (*New York med. Journ.* 13. Dez. 1902.) Kurz gehaltener Überblick über obiges Thema. Verfasser rügt den Unfug, welcher in den letzten Jahren mit der Empfehlung immer neuer Mittel gegen die Blennorrhoe getrieben wird; diejenigen, welche deren Einführung am meisten urgieren, seien meist die ersten, welche wieder davon Abstand nehmen. Bei der Blennorrhoebehandlung sollte man nie vergessen, dafs die Natur selbst der grofse Hauptfaktor zur Eliminierung des Gonococcus sei, indem die Keime in den Eiter- und Epithelzellen eliminiert würden; die exspektative Behandlung sei daher viel besser als eine solche, welche der Natur gerade entgegen handle. Als bestes diuretisches und zugleich antiseptisches Mittel für den Harnapparat empfiehlt F., gleich vielen anderen Autoren, Urotropin. Die Ausspülung der Blase als Vorbereitung zu Operationen verwirft F. im allgemeinen,

denn mit groſser Wahrscheinlichkeit habe sie einen Rückfluſs septischer Flüssigkeit in die Nierenbecken, da die Ureteren meist in solchen Fällen erweitert sind, Unterdrückung der Nierentätigkeit und Tod durch Uraemie zur Folge. Wenn die Blase geöffnet ist, könnte sie in einer Minute, ohne daſs diese Gefahr vorhanden ist, ausgespült werden. F. hebt schlieſslich hervor, daſs man bei Verabreichung von schmerzstillenden Mitteln, besonders von Opium, mehr Maſs halten sollte. Wenn ein Patient für eine Operation vorzubereiten ist, sind diese Mittel deshalb von Schaden, weil sie die Diurese zum Stocken bringen und die Natur in ihrem Bestreben, eine auf das Harnsystem beschränkte Infektion nicht auf den Allgemeinorganismus übergehen zu lassen, hindern. Viele Fälle nicht operativer Art, wie akute Blennorrhoe der tiefer liegenden Teile der Harnröhre und der anliegenden Organe, gibt es jedoch für F., wo er zeitweise Darreichung von Opium für sehr ratsam hält. *Stern-München.*

Erfahrungen über die Janetsche Methode der Urethral- und Blasenbehandlung, von Ludwig Spitzer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 42.) Zur Janetschen Spülung benutzt Verfasser ein doppelläufiges Glasrohr mit Scheidewand; jede Hälfte endet in ein cylindrisches Röhrchen, welches dem Zu- resp. Abfluſs dient. Im übrigen verfährt er genau nach Janets Angaben. Es wird Sol. Kalii permangan. (1 : 5000 bis 3 : 5000) warm appliziert. Je jünger die Infektion, desto günstiger die Aussichten. Bei frischen Fällen von Blennorrhoea anterior muſs nach 12—15 Spülungen innerhalb 6—7 Tagen Heilung erzielt werden; die Spülungen werden in Zwischenräumen noch einige Zeit fortgesetzt. Subjektive Empfindungen bilden keine Kontraindikation, wohl aber eine Periurethritis. Auch bei nicht ganz frischen Fällen wird die Eiterung gewaltig abgekürzt. In die Blase läſst man 100—150 g womöglich wiederholt einlaufen. — Die akute Urethritis posterior eignet sich für diese Behandlung, wenn die Blasenspülung nicht starke Schmerzen am Perineum macht, der Harn nicht stark blutig ist. Besteht Epididymitis oder Prostatitis, dann sind die Irrigationen nur anzuwenden, wenn allgemeine und lokale Erscheinungen nicht zu heftig sind. Die Spülungen müssen bei chronischen Fällen monatelang fortgesetzt werden. Bei Cystitis hat die Janetsche Methode ihren Platz, ohne gerade besondere Vorzüge zu besitzen. Als Medikament ist für die akute Urethritis das Kalium permanganicum allen überlegen. Verfasser resumiert:

1. Das von Janet angegebene Verfahren zur Behandlung der Blennorrhoe liefert bei ganz jungen Fällen Resultate, die die bisherigen Methoden an Wirksamkeit übertreffen.

2. Dasselbe stellt auch für die späteren Stadien ein gut brauchbares, therapeutisches Agens dar, ohne daſs es geeignet wäre, die bisher üblichen Methoden zu verdrängen.

3. Eine Kontraindikation bildet manchmal das Vorhandensein periurethraler Infiltrate und alle schweren akuten Entzündungssymptome, die sich im Verlaufe einer Blennorrhoe subjektiv und objektiv einstellen.

4. Die Irrigation mit anderen Substanzen stehen hinter der Wirkung des Kalium permanganicum deutlich zurück. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Cystoskopia supra pubes, von E. H. Fenwick-London. (*Brit. med. Journ.* 29. März 1902.) F. kritisiert Kraskes Apparat, der für diesen Zweck konstruiert wurde, als nicht ungefährlich. Er selbst hat schon vor Jahren für Fälle mit unumgehbarer Prostata empfohlen, die Blase mit dem Aspirator anzustechen und durch die Kanüle eine stumpfe Sonde oder das Cystoskop zur Erforschung des Blaseninneren einzuführen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beiträge zur cystoskopischen Diagnostik, von Josef Halban. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902.) Nach dem Durchtreten eines Nierensteins ergab das Cystoskop.

dafs die eine Ureterenmündung laceriert, der betreffende Ureterenhügel brustwarzenähnlich geschwollen war. Acht Tage später war fast nichts zu sehen. — Bei einem anderen Falle konnte cystoskopisch festgestellt werden, dafs eine vorhandene gänseeigrofse Inguinalhernie eine Blasenhernie war. Man sah den Eingang in einen Divertikel, der, wenn man die Hernie durch Druck vollkommen entleerte, verschwand. — Eine Frau mit schwerer Cystitis und Unfähigkeit zum spontanen Urinieren zeigt eine Urethritis und einen Tumor, der die hintere Blasenwand vorwölbt. Die Operation von der Vagina aus ergibt, dafs es sich um einen fibrösen Tumor, das Produkt einer Periurethritis chronica fibrosa handelt. Cystoskopisch war der Tumor gut zu sehen. — Eine Frau, welcher der Uterus vaginal exstirpiert war, litt an Blasenbeschwerden. Man fühlte in der Scheidenwundennarbe „Stumpfexsudate". Cystoskopisch sieht man durch die Blasenwand sehr deutlich die Konturen einiger Darmschlingen, deren peristaltische Bewegungen erkennbar waren. Es handelte sich wohl um adhäsive Fixation des Darms an der Blasenwand. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Beobachtung von Darmbewegungen im cystoskopischen Bilde, von Wilhelm Latzko. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 51.) Die von Halban cystoskopisch gesehenen Darmbewegungen beweisen nichts für Adhäsionen des Darms an der Blase; man sieht sie oft auch unter normalen Verhältnissen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Cystoskopie, deren Nutzen und Gefahren, von F. Bierhoff-New York. (*Philad. med. Journ.* 31. Mai 1902.) Allgemeine Betrachtungen nebst technischen Details. In jedem Fall, wo nach der cystoskopischen Untersuchung, durch ihn selbst oder durch Studenten ausgeführt, eine Reaktion eintrat, konnte Verfasser (mit einer einzigen Ausnahme) stets eine Kauterisation der Blasenwand durch die Lampe nachträglich feststellen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Cystoskopische Erfahrungen, von Berthold Goldberg-Wildungen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 28.) Der Verfasser bespricht auf Grund eigener reicher Erfahrungen die Indikationen und die Schwierigkeiten der Cystoskopie bei Prostatahypertrophie und die spezielle Technik, die zur Überwindung dieser Schwierigkeiten notwendig ist; dann die Cystoskopie bei Cystitis, insbesondere bei der tuberkulösen Cystitis; er weist hier darauf hin, dafs die Tuberkulose der Harnorgane wohl in den allermeisten Fällen ohne Cystoskopie diagnostiziert werden kann, und dafs diese nur manchmal zur genauen Feststellung des Sitzes der Erkrankung nötig wird, dafs ferner die cystoskopische Untersuchung bei beginnender renovesikaler Tuberkulose im allgemeinen unschädlich, bei genitovesikaler Tuberkulose dagegen gefährlich ist; weit vorgeschrittene Tuberkulose, gleichviel welchen Ursprungs, kontraindizieren stets die Cystoskopie. Des weiteren bespricht G. die Cystoskopie bei Blasensteinen, die er durchaus nicht in allen Fällen für unumgänglich notwendig hält, und schliefslich die Cystoskopie bei Blasengeschwülsten, die wegen der Neigung der Geschwülste zu Blutungen ihre ganz besonderen Schwierigkeiten darbietet. (Vergl. Bd. 34, S. 261.)

Götz-München.

Befestigung der Dauersonde, von J. Escat-Marseille. (*Presse méd.* 1902. No. 45.) Der Verfasser gibt ein etwas abgeändertes Verfahren zur Befestigung der Dauersonde an. Er legt um die herausragende Sonde ein breites Stück Kautschukstoff herum, das er distal mittels zweier eingeschnittener Löcher und eines Knopfes von der Form der Kragenknöpfe fest an die Sonde bringt; ehe dieser Verschlufs zugeknöpft wird, führt man einen kleinen Ring über Sonde und Kautschuk weg, der beides direkt vor dem Meatus externus urethrae zusammenhält. Im weiter körperwärts gelegenen Verlauf des Gummistreifens ist dieser halbiert. Diese Enden, welche seitlich an den Penis zu liegen kommen, sind durchbohrt. Durch sie wird jenseits

der Eichel ein straffes zirkuläres Band durchgezogen, welches ebenfalls verschieden weit knöpfbar ist. Von hieraus laufen noch Sicherheitsfäden beiderseits zu dem Crines pubis, an welchen sie befestigt sind. Das ganze vermag mit antiseptischer Gaze bedeckt zu werden. *Hopf-Dresden.*

Zwei nützliche Blasensonden, von J. MacMunn-London. (*Lancet.* 23. Aug. 1902.) Dieselben sind dem bi-coudée-Katheter nachgebildet und sollen hauptsächlich zum Untersuchen der Prostata dienen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Kathetersterilisation, von M. Dreysel-Leipzig. (*Reichs-Med.-Anz.* 1902. No. 8.) Die Schwierigkeit der Sterilisation von Bougies und Kathetern aus Gummi sind seit der Einführung des Formols geringer geworden. Die von Katzenstein und R. Loeb angegebenen Apparate zur Formoldesinfektion hält Verfasser für gut, für den praktischen Arzt aber sind sie zu voluminös und die Sterilisation mit ihnen zu umständlich. Verfasser hält einen Kasten mit gut schliefsendem Deckel, der im Innern ein Drahtgitter trägt, für völlig ausreichend; auf dem Drahtgitter ruhen die Instrumente, auf dem Boden des Kastens unter ihm befindet sich mit Formalinlösung getränkte Watte oder Formalinpastillen. Zur Absorption der Flüchtigkeit empfiehlt sich die gleichzeitige Anwendung von Chlorcalcium. Die Behälter sichern eine Sterilisation innerhalb 24 Stunden, sie ermöglichen zugleich eine sterile Aufbewahrung der Instrumente, da diese selbst monatelanges Verweilen in den Gefäfsen sehr gut vertragen. Vor Einlegen in den Formalinbehälter müssen sie mechanisch, am besten mit warmer Seifenlösung gesäubert werden. Vor dem Wiedergebrauch müssen sie abdünsten oder mit Borsäurelösung oder sterilem Wasser abgespült werden.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Eine neue Sonde und Harnröhrenführungsstab, von J. Mac Munn-London. (*Lancet.* 27. Sept. 1902.) Durch die besondere Krümmung des einen Apparates kann man, wie Verfasser angibt, die Prostata nach dem Rectum zu bequem hinunterdrücken, so dafs man die Samenbläschen gut palpieren kann. Mit dem anderen hat er sich eine bessere Methode zur Behandlung von Analstrikturen ausgedacht.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Hilfsmittel bei schwierigem Katheterismus, von Fr. Schroen-Üttingen. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 56.) In einem Falle von Prostatahypertrophie mifslangen alle Versuche, den gewohnten Mercierkatheter einzuführen. Verfasser setzte nun den Katheter mit einem mit Wasser gefüllten Irrigator in Verbindung, schob ihn bis zur verengten Stelle und liefs dann den Irrigator hochheben. Unter Führung des Wasserstrahls gelang nun die Einführung leicht. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Das Auskochen als Sterilisiermethode für Katheter, von Nancrede und Hutchings-Ann Arbor, Michigan. (*Med. News.* 10. Jan. 1903.) In weiterer Verfolgung früherer Versuche, über welche hier ebenfalls berichtet wurde, kommen Verfasser zu folgenden Ergebnissen und zwar auf Grund der 95 aufgezählten Einzelversuche. 1. Das vorherige Reinigen mit warmem Sodawasser ist zwar bei den meisten Arten chemischer Desinfektion absolut erforderlich, beim Auskochen der Katheter (Siedehitze), jedoch nicht notwendig. 2. Eines der Haupthindernisse bei der Kathetersterilisation waren immer die öligen Substanzen, welche zum Einfetten dienten; die Siedetemperatur verflüssigt rasch das meist gebräuchliche Vaselin, das man dann auf der Oberfläche der Flüssigkeit schwimmen sieht, welche zahlreiche Keime, mit der kalten, halbfesten Fettmasse gemischt oder derselben adhärent, fortträgt. 3. Wie Verfasser schon früher gezeigt haben, kann der englische Katheter besser wie alle anderen Sorten, ohne Schaden bei geeigneter Sorgfalt mehrmals ausgekocht werden. 4. Letztere besteht darin, dafs man die Katheter nicht direkt den Boden des Gefäfses, worin sie gekocht werden, berühren läfst, sondern sie in Gaze oder in ein Handtuch

einhüllt. 5. Schliefslich lehrten all die zahlreichen Experimente, dafs auch die übrigen Kathetersorten, mit Ausnahme der weichen französischen Instrumente, die Siedehitze gut vertragen können, vorausgesetzt, dafs die Luft vollständig ausgetrieben wurde; hat man sich darüber vergewissert, so genügen in der Mehrzahl fünf Minuten Verweilens in kochendem Wasser, meist sollen aber zehn Minuten verwandt werden, speziell für die dünneren Instrumente. Eine vorherige Reinigung mit warmer Sodalösung ist zwar erwünscht, aber nicht durchaus nötig, da sie eine kürzere Zeit zur Sterilisierung erforderlich macht als ohne vorherige Reinigung. Für englische Katheter wäre es zweckdienlich, sie in gesättigter Lösung von Ammon. sulfur. auszukochen, aber hernach müssen die in der Kälte abgelagerten Kristalle des Salzes mit sterilisiertem Wasser abgewaschen werden. Bei den Experimenten der Verfasser bildete in allen Fällen das Einfettungsmittel Vaselin, welches durch Kochen sterilisiert und, noch ganz heifs, in Tuben eingefüllt wurde. Jeder Katheter wurde, nachdem er in der infizierten Harnblase gelegen, in einen sterilisierten Petritisch und dann vollkommen zum Trocknen gebracht; dann wurde er wieder sterilisiert und 24 Stunden in Bouillon eingelegt. Wenn nach Umlauf dieser Zeit keine Keime mehr vorhanden waren, wurde er als steril angesehen. Jedes Experiment wurde durch einen nochmaligen Versuch kontrolliert. *Stern-München.*

Ein neues Urethrotom, von F. Dommer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 46.) Das Kollmannsche Urethrotom bewährt sich oft, besonders bei weiten Strikturen. Verfasser macht nach oben nebeneinander, gleich weit entfernt von der Vertikalen, zwei schräg liegende Schnitte. Er gibt nun ein Urethrotom an, um den jetzt zäpfchenähnlich vorspringenden Strikturteil zu entfernen. Dasselbe fängt diesen in einer Öse und trägt ihn, wie ein Tonsillotom, ab. Er führt vorher einen Tubus bis zur Striktur und operiert in diesem. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einige Fälle von Elephantiasis der äufseren Genitalorgane als Folge von der Totalexstirpation der Leistendrüsen, von J. P. zum Busch-London. (*Lancet.* 8. März 1902.) In der Literatur sind nur wenige derartige Fälle verzeichnet, und im allgemeinen wird die Totalexstirpation von Lymphdrüsen als ganz unschädlich betrachtet. Hier werden folgende Fälle beschrieben:

I. Ein 21jähriger Mann, bei welchem wegen Lymphadenitis suppurativa nach Ulcus molle beiderseits die Leistendrüsen in toto nebst umgebendem Gewebe entfernt worden waren, zeigte drei Monate später eine anfangs vorübergehende, später dauernde und erheblichere ödematöse Schwellung am Penis und Scrotum; letzteres war wie zwei Fäuste grofs, ersterer um das Doppelte des normalen vergröfsert.

II. Bildet ein Pendant zum vorigen Fall. Beide Patienten verweigerten jeglichen chirurgischen Eingriff.

III. Ein 24jähriger Matrose, bei dem nach Ausräumung der Lymphdrüsen beiderseits in einem anderen Krankenhaus das Scrotum allmählich die Gröfse einer Kokosnufs und der Penis das drei- bis vierfache seiner normalen Gröfse erreicht hatte, liefs sich mit gutem Erfolg eine Resektion des letzteren machen.

IV. Betraf eine 32jährige Frau, bei welcher nach ausgiebigen Einschnitten wegen Vereiterung der Leistendrüsen beiderseits die grofsen Labien und die Clitoris hochgradig verdickt waren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Kongenitale Cyste des Präputiums, von M. Oro. (*Giorn. internaz. delle Scienze mediche.* Jahrg. XXIV.) Es handelt sich um eine kleine, bewegliche, runde, elastische, indolente, durchsichtige, zwischen den beiden Präputialblättern gelegene Geschwulst, welche von Geburt an bestand und als kongenitale seröse Cyste erkannt wurde. Diese Cyste war von der Cutis ausgegangen, bestand aus ziemlich lockerem Bindegewebe mit spärlichen, parallel zur inneren Cystenwand verlaufenden Gefäfsen.

Keine Muskel- und elastische Fasern. Die innere Cystenwand ist von einer einzigen Schicht eines niederen Zylinderepithels überzogen. *C. Müller-Genf.*

Phimosis congenita, epitheliale Infiltration der Glans, beträchtliche reflektorische Hyperästhesien, von M. Oro. (*Gazz. internaz. di Med. pratica.*) Die sehr ausgebildete Phimose hatte zu einer intensiven Balanitis mit seropurulenter Sekretion geführt. Bei der einfachen Palpation der Glans wurden mit gröfster Leichtigkeit in der linken unteren Extremität spasmodische, klonisch-tonische Kontraktionen hervorgerufen. Nachdem das Präputium inzidiert worden war, verschwanden sowohl die entzündlichen als die reflektorischen Erscheinungen. Verfasser führt sodann eine Reihe anderer reflektorischer Phänomene auf, welche von anderen Autoren in derartigen Fällen beobachtet worden sind. *C. Müller-Genf.*

Eine neue Art der Circumcision, von Duhot. (*Ann. policlin. centr.* 1902. No. 5.) Das Verfahren des Verfassers besteht darin, dafs er die Guyonsche Phimosenklemme schief von oben nach unten und von hinten nach vorn so anlegt, dafs das innere Blatt der Vorhaut durch den ersten Schnitt kaum getroffen wird. Nach dem ersten Schnitt wird das innere Blatt nach vorn gezogen, die Eichel zurückgedrängt, die Klemme noch einmal in genau der gleichen Richtung angelegt und der zweite Schnitt geführt. So entstehen zwei gleichmäfsige Schnitte; die Vereinigung der beiden Blätter durch die Naht ist sehr einfach und gibt, was Verfasser als Hauptvorzug seiner Methode anführt, ein kosmetisch vorzügliches Resultat. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Eine Methode der Circumcision, von Walter C. Klotz-New York. (*New York med. Journ.* 4. Okt. 1902.) Das Prinzip dieser Operationsmethode war zuerst von Zeissl (1883) für die Behandlung der unreduzierbaren chronischen Paraphimose aufgestellt worden und wurde vor einigen Jahren von dem Vater des Verfassers (H. G. Klotz) in Fällen von einfacher Phimose angewandt. Sie besteht darin, einen Hautlappen von 4—5 cm Länge aus dem Penis rund herum auszuschneiden, ohne dafs dessen eigentliches Gewebe berührt wird und die freien Ränder dieser Wunde mit Rofshaarnähten zu vereinigen. Der Hauptvorteil dieser Methode besteht darin, dafs keine oder nur wenig Blutung, kein Ödem, keine Induration entsteht; aufserdem findet prompte Primärheilung statt, nach fünf Tagen können die Nähte entfernt werden und am Ende einer Woche ist die Haut frei beweglich über den unterliegenden Teilen. Bei der Paraphimose ist der Gang der Operation ein umgekehrter: der Längsschnitt wird zuerst gemacht und zwar genügend lang, um hinter alle entzündlichen Adhäsionen zu gehen und alle konstringierenden Verwachsungen zu lösen; bei lange bestandener Paraphimose müssen auch die Schichten entzündlichen Gewebes mit der Haut abgelöst werden. Bei ganz jungen Individuen ist die Operation nicht ratsam, da bei ihnen die Teile zu klein sind, um ohne grofse Schwierigkeiten vorzugehen. *Stern-München.*

Klinischer und anatomischer Beitrag zur Kenntnis der nodulären Tuberkulose des Penis, von Bruno. (*Il Policlin.* 1902. Heft 12.) 23jähriger, von tuberkulösen Eltern abstammender Jüngling, der nach einer Erkältung unter hohem Fieber erkrankte, gleichzeitig stellte sich Hämaturie ein, und in der rechten Lendengegend entwickelte sich ein Tumor, der zwar zunächst gar keine lokalen Schmerzen verursachte. Da aber der Kräftezustand des Patienten stets ab- und der Tumor an Volumen zunahm, wurde zur Operation geschritten, nachdem einige Zeit zuvor am Penis ein nufsgrofser, bei Druck und beim Urinieren aufserordentlich schmerzhafter Knoten aufgetreten war. Der Patient starb einige Tage nach der Operation. Der Tumor in der Lendengegend war durch die tuberkulös erkrankte Niere mit multiplen Abscessen gebildet. Hoden, Nebenhoden, Lungen und Lymphdrüsen waren frei. Was die Geschwulst am Penis anbelangt, deren tuberkulöse Natur ebenfalls erkannt wurde,

so war dieselbe einige Zeit nach einer Katheterisation aufgetreten, wahrscheinlich infolge einer Verletzung mit dem Instrumente und nachfolgender Infektion mit dem toxischen Urin. *C. Müller-Genf.*

Ein neuer Mikrobienversteck am Penis, von Duhot. (*Ann. policl. centr.* 1902. No. 7.) Bei einem Tripperkranken, bei dem die Gonokokken gar nicht verschwinden wollten, fand Verfasser, daſs von dem inneren Blatt des Präputiums eine Schleimhautfalte jederseits neben dem Frenulum zur Eichel hinüberging und zu beiden Seiten vom Frenulum den Sulcus coronarius in einer Ausdehnung von 1 cm verdeckte. Eine feine Öffnung im Sulcus coronarius führte von jeder Seite in die vorgebildeten Taschen, die nicht miteinander kommunizierten, hinein. Auf Druck entleerte sich aus diesen Öffnungen gonokokkenhaltiges Sekret. Eröffnung der Taschen und Ätzung mit dem Lapisstift machten dem Tripper bald ein Ende.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Drohende Gangrän des Penis infolge Abschnürung durch einen Stahlring, von Volpert-Sorgau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 49.) Patient hatte sich einen Stahlring zur Befriedigung seines geschlechtlichen Reizes über den schlaffen Penis gezogen, den er nach der Erektion nicht wieder entfernen konnte, es kam bald zu starker Stauung und Gangrän, so daſs der Ring in Narkose mit Hilfe eines Schlossers entfernt werden muſste. Dann entstand bald wieder Restitutio ad integrum.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die sogenannte venerische Lymphangitis des Penis, von De Sanctis. (*Rif. med.* 1902. No. 2—5.) Verfasser beschreibt mehrere derartige Fälle und empfiehlt bei Abscessen infolge von strangförmigen Entzündungen des Penis multiple circumskripte Punktionen und nicht breite Einschnitte zu machen, auſser in ganz hochgradigen Fällen mit Verengerung der Harnröhre. Histologisch konstatiert man stets neben der Lymphangitis, wenn diese existiert, Periphlebitis und Periarteriitis. Morphologisch unterscheiden sich diese Lymphangitiden in eitrige, plastische oder indurative, wobei der Prozeſs bald von einer Vene, bald von einer Arterie oder von dem subcutanen, lakunären Bindegewebe, seltener von einem eigentlichen Lymphgefäſs ausgehen kann. Die hyperplastische oder indurative Form wird durch chronische Entzündungsprozesse verursacht: Syphilis, Tuberkulose oder chronische Blennorrhoe. Die Erreger der hyperplastischen Form sind der Pyogenes albus und dessen Varietäten.

C. Müller-Genf.

Anästhesierendes Verfahren bei Operationen am Penis, von Sellei und Farkas. (*Gyógyászat.* 1902. No. 14.) In der letzten Zeit hat die Technik der Lokalanästhesie groſse Fortschritte gemacht, und dies haupsächlich durch das Schleichsche Verfahren. Oberst modifizierte nun dieses Verfahren, indem er, bei Operationen am Finger, durch Umschnürung desselben eine Blutleere der Gewebe erzielte, und dem Verlaufe des Nerven nach auf mehreren Stellen den Inhalt einer Pravaz-Spritze einer 1 %igen Kokainlösung einspritzte, wodurch nach fünf bis sechs Minuten sowohl die oberflächlichen als auch tiefliegenderen Gewebe vollkommen anästhesiert erscheinen. Verfasser verwendeten nun auch das Oberstsche Verfahren bei Operationen am Penis. Bei einzeln stehenden, selbst noch bei gruppierten und ausgebreiteten Condylomen kann man wohl auch noch mit dem Schleichschen Verfahren fortkommen, wenn auch dasselbe den Nachteil hat, daſs man beinahe jedes Condylömchen unterspritzen muſs, wodurch leicht erreicht wird, daſs man eine solche Dosis von Kokain einspritzen muſs, welche besonders bei Idiosynkrasien schon Unannehmlichkeiten hervorrufen kann, auſserdem rufen diese Einspritzungen in dem losen subcutanen Gewebe des Penis ein ziemliches Ödem hervor. Noch schlimmer steht es bei Phimotomien und bei der Urethrotomia externa, wo die Schleichsche Anästhesie noch schwerer durch-

führbar ist. Verfasser wendeten nun folgende Technik an: Der Penis wird durch eine in Sublimat getauchte und durchlöcherte Kompresse gezogen, welche zugleich die Haare zurückhält, und an seiner Wurzel mit einem 3—4 mm breiten Gummidrain zweimal umschnürt, und in das subcutane Gewebe in der Mittellinie des Penis oben und unten je eine viertel Spritze einer 1 %igen Kokainlösung eingespritzt; nach acht bis zehn Minuten spürt der Kranke die die Glans berührenden Nadelstiche blofs als stumpfe Berührung, worauf mit der Operation begonnen werden kann. Verfasser hatten nun auf diese Weise mehrere Fälle von spitzen Condylomen, Phimotomien und Paraphimotomien, externe Urethrotomien etc. ohne jegliche Schmerzempfindung seitens des Kranken operiert. Verfasser versuchten auch statt des Kokain physiologische Kochsalzlösung, hatten aber bei weitem nicht diese Anästhesie, vielmehr eine Analgesie. Diese Methode hat eben die Vorteile, dafs die Kompression und die Kokainisierung sich gegenseitig komplettieren, weil das Kokain, dessen Resorption durch die Kompression verhindert wird, auf die Nervenstämme und Endigungen schon bei minimalen Dosen eine gesteigerte Wirkung ausübt, und dafs durch Verhinderung der Resorption auch allgemeine Kokainwirkung weniger zu befürchten ist. Bei den meisten operierten Fällen trat wohl nachher etwas Ödem auf, welches aber in kurzer Zeit ohne Folgen verschwand. *A. Alpár-Alexandria.*

Die Diagnose der Harnröhrenerkrankungen, von F. C. Valentine-New York. (*Brit. med. Journ.* 8. Nov. 1902.) Ebenso wie bei anderen Krankheiten spielt auch bei den Harnröhrenaffektionen die erbliche Belastung, das persönliche Allgemeinbefinden sowohl für die Entstehung wie für den Verlauf eine bedeutende Rolle. Ein durch andere Krankheiten bereits geschwächter Körper gibt auch einen guten Boden für Urethralentzündungen ab und verzögert nicht selten den Heilungsprozefs.

Um eine präzise Diagnose zu stellen, mufs man über die besten Methoden der Untersuchung von Harnröhre, Blase, Urin etc. verfügen und sie technisch beherrschen. Der Verfasser bespricht im folgenden ausführlich, auf welche Punkte die Untersuchung sich erstrecken solle und wie dieselbe vorzunehmen sei. *C. Berliner-Aachen.*

Urethralkachexie, von Silvestrini. (*Rivista critica di Clin. med.* 1902. No. 44.) Verfasser macht darauf aufmerksam, dafs das Urethralfieber öfters ohne bemerkbare lokale Symptome verlaufen kann, wodurch, zumal wenn die Patienten aus Malariagegenden stammen, leicht das ganze Symptomenbild auf Rechnung der Malariainfektion geschrieben oder auch z. B. mit Störungen von seiten der Leber verwechselt werden kann. Dies war der Fall mit zwei Patienten, deren Krankengeschichte Verfasser mitteilt. Beides waren Alkoholiker, die seit Jahren an Fieberanfällen litten und schliefslich in einen Zustand tiefster Kachexie verfielen, bis endlich die wahre Natur des Leidens erkannt und dies durch entsprechende Behandlung beseitigt wurde. Es handelte sich in beiden Fällen um entzündliche und mechanische Blasenstörungen infolge von Harnröhrenstriktur. *C. Müller-Genf.*

Über Harnröhrenfistel und Krebs, von Lipman-Wulf-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1903. No. 3.) Krebsbildungen, die ihren Ausgang von der Harnröhre nehmen, oder sich auf Harnröhrenfisteln entwickeln, um dann auf die Urethra überzugreifen, gehören zu den gröfsten Seltenheiten. Die ausführliche Schilderung eines Falles aus der Klientel des Prof. Posner zeigt eine solche Seltenheit. Es hatte sich infolge von Trauma eine schwere Striktur im hinteren Teile der Harnröhre mit Harnverhaltung, Schwellung und Entzündung am Damme ausgebildet, zu deren Beseitigung die Urethotomia externa vorgenommen wurde. Es entstand eine Perinealfistel, die sich nicht schlofs, und nun entwickelte sich ein Carcinom, welches bei rapidem Wachstum im Laufe von noch nicht einem Jahre unter fortschreitendem Marasmus zum Tode führte. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Adrenalinchlorid in seiner Anwendung auf die Urethra, von S. Leon Gans-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 13. Dez. 1902.) Versuche mit dem Adrenalin, die durch elf Fälle von Urethritis, meist antero-posterior chronica, belegt werden, führten Verfasser zu dem Schlufs, dafs die Anwendung dieses Mittels in der Urethra durch dieselben Indikationen eingeschränkt wird, wie bei anderen Schleimhäuten. Es bewirkt Verminderung der Sekretion, indem es die Gefäfse eine Zeitlang zur Kontraktion bringt, aber es beeinflufst nur oberflächliche Veränderungen und erfordert wegen übler Nebenwirkungen Vorsicht. In einem Falle traten wiederholt wenige Minuten nach Einführung des Mittels in die Harnröhre Erbleichen, kalter Schweifs, Dyspnoe, heftige, äufserst anhaltende Kopfschmerzen in der Occipitalgegend auf; Puls 100—134. Um Neurasthenie auszuschliefsen, wurde der gleiche Eingriff bei demselben Patienten das nächste Mal mit Kochsalzlösung ausgeführt, mit negativem Resultat.

Levor-Frankfurt a. M.

Organische Striktur der Urethra; Urinfistel; Cystitis, und durch Irritation entstandener Krebs des Scrotums, mit Beteiligung der Testikel und der Harnröhre; Heilung, von Henry W. Sawtella-Chicago. (*Journ. Amer. med. Assoc.* 1902. No. 5.) Dem Titel ist nur hinzuzufügen, dafs die Heilung durch operative Entfernung des Scrotums mitsamt seinem Inhalt und des Penis erzielt wurde; Deckung des Defekts durch Transplantation. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Über die interne Urethrotomie, von C. B. Lockwood. (*Brit. med. Journ.* 17. Jan. 1903.) Unmittelbar vor der Operation soll man die Urethra möglichst wenig untersuchen, um einer Infektion vorzubeugen. Der Urin ist einer quantitativen wie qualitativen Untersuchung, namentlich auf Blut und Eiter, zu unterwerfen. Ein aseptischer Urin bietet für eine erfolgreiche Operation mehr Gewähr. Die Patienten erhalten am Abend vorher ein Purgans, essen am Tage der Operation selbst vier Stunden vorher nichts. Nach einem warmen Bade werden Pubes und Scrotum gründlich eingeseift, und die Haare wegrasiert. Nur unter Beobachtung der strengsten Antisepsis, sowohl was die Hände des Operateurs und der Assistenten als auch die Instrumente betrifft, soll operiert werden. Man hüte sich nur, Krampf des Schliefsmuskels mit einer organischen Striktur zu verwechseln. Das zu verwendende Urethrotom mufs zwei Bedingungen erfüllen können: erstens mufs es klein genug sein, um enge Strikturen zu passieren; zweitens mufs es genau von hinten nach vorn schneiden. Verfasser hat von der Firma Arnolds Sohn sich ein Urethrotom anfertigen lassen, dafs diese beiden Bedingungen erfüllt und eine Kombination des Trevanschen und des Thompsonschen Urethrotoms darstellt.

Der Gang der Operation wie der Nachbehandlung wird an der Hand eines Falles ausführlich beschrieben. *C. Berliner-Aachen.*

Zwei Fälle von Urethrektomie wegen traumatischer Striktur, von J. L. Thomas. (*Brit. med. Journ.* 8. Nov. 1902.) Der Verfasser teilt die Krankengeschichte zweier Fälle mit und beschreibt ausführlich das operative Verfahren, welches zur Heilung der Striktur geführt hat. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Harnröhrenstriktur, von W. Sang-Dundee. (*Lancet.* 1902. No. 22.) Eine lange Leidensgeschichte, bei der S. schliefslich am besten Erfolg hatte, als er abwechselnd weiche und harte Katheter einführte bei derselben Sitzung. Nachdem er ein möglichst dickes weiches Bougie eingeführt hatte, folgte er sofort mit einem um eine oder zwei Nummern kleineren Instrument nach. Auf diese Weise gelang es, die ausgedehnten knorpeligen Strikturen einigermafsen zu überwinden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Kongenitale Striktur der Urethra, von Ch. E. Murphy. (*Brit. med. Journ.* 13. Sept. 1902.) Ein 24 Stunden altes Kind hatte seit der Geburt noch nicht uriniert.

Die Untersuchung der Harnröhre mit elastischem Katheter No. 1 stellte etwa einen Zoll vom Orificium externum einen vollständigen Verschlufs fest. Es wurde die Urethrotomia interna gemacht und ein Verweilkatheter eingelegt. Das Kind überstand die Operation gut und uriniert seitdem in normaler Weise. Doch fürchtet Verfasser, dafs eine Neigung zur Strikturbildung bestehen bleiben wird.

C. Berliner-Aachen.

Neuralgien der Blase, von G. Frank Lydston-Chicago. (*Journ. Amer. med. Assoc.* 1902. No. 8.) Picard teilt die Blasenneuralgien in fünf Klassen ein:

1. Cystalgie bei gleichzeitiger Erkrankung von Harnröhre, Blase, Ureteren oder Nieren;
2. Cystalgie bei gleichzeitiger Erkrankung von Nachbarorganen (Prostata, Rectum, Anus);
3. Cystalgie im Gefolge von Tabes oder Paralyse;
4. Cystalgie im Gefolge von Krankheiten wie Rheumatismus und Gicht;
5. Essentielle Cystalgie.

Verfasser acceptiert diese Einteilung, möchte der zweiten Klasse noch die Erkrankung von Hoden und Samenstrang anschliefsen, der vierten Klasse die Bleivergiftung und Malaria, und macht darauf aufmerksam, dafs gelegentlich auch Inguinalhernien als Ursache für die Neuralgie in Betracht kommen. — Symptome der Cystalgie sind aufser den Schmerzen, die oft besonders heftig am Schlufs der Miktionen sind und nach den verschiedensten Richtungen ausstrahlen, Druckempfindlichkeit des Hypogastriums sowie der Blase bei Betastung vom Rectum oder der Vagina aus; Harndrang ist nicht selten. — Was die Behandlung betrifft, so warnt Verfasser davor, zu energisch gegen Erscheinungen von seiten der Harnorgane vorzugehen, wenn ihre Geringfügigkeit im Mifsverhältnis steht zu der Heftigkeit der Schmerzen. Im übrigen mufs sich natürlich die Behandlung nach der Grundursache richten. Gegen die einzelnen Anfälle sind die Opiate anzuwenden, subcutan, als Suppositorien oder im Klystier, in letzterer Form auch Belladonna und Stramonium. Eventuell kommen Ausspülungen der Blase mit aseptischen Lösungen, denen etwas Opium beigefügt ist, in Betracht, oder Instillationen schwacher Lösungen von Kokain, Eukain oder Menthol in die hintere Harnröhre. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Was ist Blasenreizung und welches ihre beste Behandlungsmethode? von Louis Broter-New York. (*Philad. med. Journ.* 7. Febr. 1903.) Die erste Frage beantwortet B. dahin, dafs die Blasenreizung der Frauen — nur diese meint anscheinend der Verfasser — niemals blofse nervöse Störung ist. In jedem Falle liegt eine Cystitis zu Grunde, allerdings eine milde Form, bei der der entzündliche Prozefs nur auf eine umschriebene Stelle der Schleimhaut beschränkt ist, gewöhnlich am Blasenhals oder in dessen Nähe. Hervorgerufen wird sie häufig durch den Druck verlagerter Bauchorgane oder von Tumoren; aufserdem kommen als Ursachen in Betracht: Bakterien, Traumen, Einführung von Instrumenten, Krankheiten der Nachbarorgane, Blennorrhoe der Urethra. Wo Verfasser cystoskopisch untersuchte, konnte er diese lokale Veränderung regelmäfsig konstatieren. Therapeutisch erzielte er besonders befriedigende Resultate, wenn er in die Blase, nach vorgängigem Katheterisieren und Ausspülen mit warmer Borsäurelösung, ca. 30 g 1 %ige Argentum nitricum-Lösung brachte, diese nach drei bis vier Minuten wieder abliefs, darauf etwa 100 g 2—10 %ige wässerige Ichthyollösung einführte und wenigstens eine halbe Stunde in der Blase liefs. Wenn nötig, wurde die Harnröhre vor der ganzen Prozedur mit 1 %iger Kokainlösung anästhetisiert. *Levor-Frankfurt a. M.*

Enuresis nocturna. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 45.) Nach Aufzählung einiger Medikamente, die mit mehr oder, was das häufigere ist,

weniger Erfolg gegen Enuresis nocturna angewendet werden, berichtet der ungenannte Autor, daſs vor einiger Zeit Cathelin und Loumeau Versuche mit epiduralen Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung und Kokainlösnng gemacht haben. Loumeau erzielte auf diese Weise in vier unter acht Fällen rasche Heilung. Ob der Erfolg ein dauernder ist, läſst sich allerdings nicht sagen, da die Kranken nur einige Monate hindurch beobachtet wurden. *Götz-München.*

Ein Fall von traumatischer Ruptur der Blase mit Ausgang in Genesung, von Edw. A. Schumann-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 3. Jan. 1903.) Der 41jährige Patient, der im Zustande akuten Alkoholismus ins Spital aufgenommen wurde, hatte angeblich seit 36 Stunden absolute Harnretention. Er klagte über starke Schmerzen im unteren Abdomen, das gespannt und tympanitisch war. Kein Ödem des Scrotum, Penis, noch der Bauchwand; kein Fieber. Die Katheterisation war leicht, sie entleert wenig ammoniakalischen, blutigen Urin, ohne Erleichterung zu schaffen, ebensowenig die suprapubische Punktion. Als von 100 ccm Borsäurelösung, die in die Blase injiziert werden, nichts durch den Katheter wieder abflieſst, wird die Diagnose auf Blasenruptur gestellt. Durch Incision über der Symphyse wird eine nekrotische Stelle der vorderen Blasenwand freigelegt, in deren Zentrum sich ein 3/4 Zoll langer Riſs befindet. Exzision der nekrotischen Partie, permanente Drainage durch die Operationswunde. Am fünften Tage Komplikation durch perirektalen Absceſs, der sich zwei Tage später durch die Bauchwunde entleert. Zehn Wochen nach der Operation geht der Urin zum gröſsten Teil auf natürlichem Wege ab, doch entweichen noch einige Tropfen durch die Bauchwunde. (Genesung? Der Ref.)

Levor-Frankfurt a. M.

Intraperitoneale Blasenruptur, von O. Daly und E. Harrison. (*Brit. med. Journ.* 10. Jan. 1903.) Der 36jährige Patient wurde am 29. Juli 1902 in schwerem Zustande ins Hospital gebracht. Er zeigte einen ängstlichen Blick, einen kleinen, jagenden Puls, beschleunigte Respiration, erbrach häufig und klagte über Spannung und intensive Schmerzen im Leibe. Die Untersuchung durch Palpation stellte etwas Flüssigkeit in der Peritonealhöhle fest. Der mittels Katheters abgelassene Urin war klar und unblutig. Eine Ursache für den Zustand war zunächst nicht zu eruieren; der Patient hatte keine Verletzung davongetragen, war kein Potator. Er gibt an, schon früher zwei ähnliche, aber weniger intensive Anfälle gehabt zu haben, die durch Einnehmen einer Dosis Salz beseitigt wurden.

Der Zustand des Patienten nahm in den nächsten Tagen einen derartig bedrohlichen Charakter an, daſs man sich zu einer explorativen Laparatomie entschloſs. Dieselbe ergab an der hinteren Blasenwand einen ziemlich bedeutenden, 3/4 Zoll langen Riſs, der sehr sorgfältig durch zwei Lagen Lamberts Nähte ohne Einschluſs der Schleimhaut vernäht wurde. Die Abdominalhöhle wurde, wie vor der Naht, noch einmal gut ausgewaschen und die Wundränder geschlossen. Zeichen von Peritonitis hatten noch nicht bestanden. Es erfolgte, wenn auch langsam, vollständige Heilung.

C. Berliner-Aachen.

Schuſswunde in der Blase, von H. Goodman. (*Brit. med. Journ.* 17. Jan. 1903.) Ein englischer Krieger, der den Feldzug in Südafrika mitmachte, bekam einen Schuſs, bei welchem die Kugel 2 cm über dem rechten Trochanter major eintrat und unmittelbar hinter dem linken Tuber ischii wieder austrat. Während die Eingangsöffnung verheilt war, eiterte es beständig an der Austrittsstelle. Deutlichen Harngeruch konnte man hier verspüren. Es wurde vom Perineum aus die Blase drainiert, bis die Schuſswunde in derselben abgeheilt war. Dies geschah in 14 Tagen. Der Patient genas vollständig. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von totaler Exzision der Blase, von M. Robson. (*Brit. med. Journ.* 8. Nov. 1902.) Zu totaler Exzision der Blase darf man sich nach der Ansicht des Verfassers nur im äufsersten Falle entschliefsen. Ein solcher Fall bot sich im Januar 1900 dar. Es handelte sich um eine 42jährige Frau, die schwer krank, mit jagendem Puls, hochgradigem Fieber und Incontinentia urinae ins Hospital gebracht worden war. Ein Tumor wurde oberhalb der Pupes gefühlt. Eine genauere Untersuchung stellte fest, dafs nahezu die ganze Innenfläche der Blase von einem Gewächs eingenommen war. Durch suprapubikalen Blasenschnitt wurde von der linken wie von der rechten Blasenseite ein gestielter Tumor entfernt. Die Patientin hatte danach für längere Zeit Ruhe, bis sie im Januar 1902 wieder starke Blasenblutungen bekam und lebensgefährlich erkrankte. Nunmehr eröffnete Verfasser dem Ehemanne der Patientin, dafs nur von einer totalen Exzision der Blase und Transplantation der Ureteren nachhaltige Besserung zu erhoffen, die Operation selbst allerdings keine ungefährliche sei. Am 4. April 1902 wurde dieselbe ausgeführt. Sie dauerte 1½ Stunden. Die Patientin starb 13 Tage später an urämischem Coma. *C. Berliner-Aachen.*

Beitrag zur Bakteriologie der Cystitis, von H. Hartmann und H. Roger. (*Presse méd.* 1902. No. 93.) In sechs von ihnen willkürlich gewählten Fällen von Blasenkatarrh untersuchten die Verfasser den bakteriologischen Befund des Urins. Sie fanden dabei eine Anzahl anaërober Keime und glauben, dafs dieselben eine ganz bestimmte kausale Rolle in der Entstehung der Cystitis spielen. Da die gefundenen anaëroben Mikroorganismen meist mit aëroben gemeinsam vorgefunden wurden, läfst sich ihre wirkliche Bedeutung in ätiologischer Hinsicht schwer beurteilen. Der Staphylococcus parvulus, der in dreien der Fälle gefunden wurde, scheint allerdings eine pathogene Rolle zu spielen, da er in einem Falle der einzige vorhandene Keim war. Er war in Reinkultur anwesend. Von sonstigen luftfeindlichen Keimen, die von den Verfassern beobachtet wurden, seien genannt der Streptobacillus fusiformis, der Micrococcus foetidus, sowie der von Veillon für die Appendicitis als hauptsächlich pathogen erklärte Bacillus ramosus. *Hopf-Dresden.*

Ätiologie und Behandlung der chronischen Cystitis, von A. C. Stokes-Omaha. (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 27. Sept. 1902.) Enthält für den Spezialisten nichts Neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Blasentumoren, von P. J. Freyer-London. (*Lancet.* 24. Jan. 1903.) Gibt eine konzise Besprechung des Gegenstandes und Beschreibung der operativen Behandlung mittels hohen Blasenschnittes. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Blasencarcinom; Resektion des Tumors nebst einem Teile der Blasenwand; Heilung, von L. MacGavin-London. (*Brit. med. Journ.* 22. März 1902.) Um einen genauen Verschlufs der Blase zu erzielen, resezierte Verfasser ein gröfseres Stück der Blasenwand mit gutem Erfolg. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Tuberkulose der Harnblase und ihre Behandlung, von Leopold Casper-Berlin. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1903. No. 7.) Verfasser will die Tuberkulose der Harnblase, wenn sie auch fast immer gleichzeitig mit der Tuberkulose anderer Organe, vor allem der Lungen, der Nieren und endlich der Genitalorgane (Samenblasen, Hoden, Nebenhoden, Prostata) angetroffen wird, doch als besonderes Krankheitsbild gegenüber den anderen Cystitiden auffassen, weil die Tuberkulose sich sowohl in Bezug auf Symptome und Verlauf, wie in Bezug auf die einzuschlagende Therapie von allen anderen Cystitiden unterscheidet. Das Vorkommen primärer Blasentuberkulose bestreitet C. Eine grofse Rolle spielt die Blennorrhoe, die nach Verfassers Ansicht weit häufiger zur Blasentuberkulose führt, als man bisher angenommen hat, da sie häufig einem Trauma

gleichzusetzen ist. Eine Ansteckung der Harn- und Geschlechtsorgane durch Kohabitation mit einem tuberkulösen Individuum rechnet Verfasser zu den gröfsten Seltenheiten. Anatomisch trennt C. die eigentliche Blasentuberkulose von der tuberkulösen Cystitis. Die Symptome der tuberkulösen Cystitis sind der ganz besonders quälend auftretende Harndrang, der nur vorübergehend unter heifsen Sitzbädern und starker Narkoticis sich bessert, der stärkere Eitergehalt des sauren Harns, die regelmäfsig auftretenden Blutungen der Harnblase. Der Eiweifsgehalt ist nicht charakteristisch. Von ausschlaggebender Bedeutung ist das Auffinden von Tuberkelbacillen im Harn. Das Fehlen von Tuberkelbacillen macht die Frage schwieriger, doch ist das Fehlen anderer Bakterien im cystischen Harn höchst verdächtig. Zur Sicherstellung dieser Frage empfiehlt C. die Impfung. Wichtig ist ferner für die Sicherung der Diagnose, dafs bei tuberkulöser Cystitis im Gegensatz zu den übrigen Cystitisformen oft eine Ursache für das Auftreten der Erkrankung fehlt. Ferner zeichnet sich die tuberkulöse Cystitis durch eine excessive Schmerzhaftigkeit der Blase aus, ebenso charakteristisch ist die Intoleranz der Blase. Ein weiteres wertvolles klinisches Zeichen gibt der Einflufs der Therapie: Cystitiden, wenn sie unter dem Einflusse der üblichen Cystitistherapie sich nicht bessern oder sogar verschlimmern, sind in höchstem Grade suspekt auf Tuberkelbacillen; denn mit Ausnahme der malignen, durch Geschwülste komplizierten Formen bessern sich fast alle Cystitiden durch sachgemäfse Spülungen. Zur Behandlung der tuberkulösen Cystitiden empfiehlt Verfasser 1. die allgemeine hygienisch-diätetische Methode, identisch mit der bei Tuberkulose anderer Organe einzuschlagenden. Ferner behandelt er die tuberkulöse Cystitis intern mit roborierenden und kalmierenden Mitteln, während er von den Mitteln, welche den tuberkulösen Prozefs direkt günstig beeinflussen sollen, nur Guajakol-Karbonat und allenfalls Ichthyol zur Anwendung bringt. Lokal wirken nach Verfassers Überzeugung nur Milchsäure und Sublimat; letzteres verwendet er in Form von Gouyonschen Instillationen von 5—50 ccm in einer Lösung von 1 : 10000—1 : 1000 ein-, höchstens zweimal wöchentlich. Argentum nitricum wendet Verfasser nicht an, weil es nach seinen Erfahrungen die Schmerzen steigert. Alle anderen Arten von lokaler Therapie verwirft Verfasser. Auch bei den chirurschen Eingriffen empfiehlt er grofse Reserve. Auch die Tuberkulintherapie ist nach Verfassers Ansicht noch zu jung, um von ihr erhebliche Vorteile bei der tuberkulöser Cystitis zu erhoffen. *Putzler-Danzig.*

Isoliertes, nicht tuberkulöses Ulcus der Blase; Sectio alta vesicae; Heilung, von J. B. Christopherson-London. (*Brit. med. Journ.* 29. März 1902.) Bei dem 49jährigen Installateur, der wegen Urindrang und Schmerzen im Penis und oberhalb der Schamfuge aufgenommen war, fand sich bei der Eröffnung der Blase auf dem Trigonum ein 1,9 cm langes, unregelmäfsig geformtes Geschwür, wie solche am Anus zu beobachten sind. Die Entstehung ist nicht ganz klar; vielleicht hat eine abnorme Füllung der Blase oder ein Druck irgend welcher Art etwas damit zu tun. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der graduierte Blasendivisor, von Fernand Cathelin. (*Presse méd.* 1902. No. 48.) Der Verfasser beschreibt einen neuen Apparat, um in der Blase den Harn des rechten und linken Ureters getrennt aufzufangen und zu messen. Der Apparat besteht aus einem cylindrischen Tubus vom Aussehen eines Lithotripter und der Stärke 25 Charrière. In ihm verlaufen neben einander drei Tuben, von denen der mittlere einen Mandrin enthält. Der letztere, graduiert, geht am vesikalen Ende in eine federnde Schleife über, welche mit Kautschuk überspannt ist. Ist das Instrument eingeführt und die Blase entleert, so vermag man den Mandrin beziehentlich die Kautschukplatte aus dem Tubus in die Blasenhöhle vorzuschieben. Die sich entwickelnde künstliche Membran teilt nun die Blase in eine linke und eine rechte

Hälfte, sobald sie allseitig deren innere Wandungen berührt. Gleichzeitig gibt die Skala des Mandrins die Ausdehnung der Blase an. Den Apparat angegeben hat Guyon.

Hopf-Dresden.

Über eine Modifikation der Cystotomia suprapubica, von Ferraresi. (*Il Policlinico.* Nov. 1902.) Die Modifikation besteht darin, dafs die Blasenwand nicht ohne weiteres inzidiert, sondern dafs zunächst ein ovales Stück aus der Muskelschicht exzidiert wird, wodurch die Submucosa, die sich von der Muscularis ganz leicht trennt, freigelegt wird. Sonach werden durch die Mucosa und Submucosa, bevor sie durchtrennt werden, von der Grenze der Wundränder der Muscularis aus Catgutfäden gezogen, worauf man erst die ganze Blasenwand durchtrennt. Nach der Exploration der Blasenhöhle werden die Fäden angezogen, geknüpft und die Muscularis für sich vernäht.

C. Müller-Genf.

Über die geographische Verbreitung den Steinkrankheiten, von R. Harrison. (*Brit. med. Journ.* 17. Jan. 1903.) Der Verfasser erörtert die Frage, inwieweit das Studium der geographischen Verbreitung unsere Kenntnisse in der Ätiologie der Steinkrankheiten bereichert habe. Es ist eine bekannte Tatsache, dafs die Verbreitung der Steinkrankheiten in der Welt eine unregelmäfsige und wechselnde ist. So findet man in einzelnen Bezirken von England und den Britischen Inseln, z. B. den östlichen, die Steinkrankheit sehr verbreitet, während sie in anderen Teilen, z. B. in Irland, auffallend selten ist. In British Indien, in den Vereinigten Staaten und Kanada verhält es sich ähnlich. Die Ursache hat man in den verschiedenen Bedingungen gesucht, unter denen die Bewohner der betreffenden Länder leben, so in der Verschiedenheit von Speisen und Getränken, von klimatischen und tellurischen Einflüssen, in der lokalen Disposition für gewisse parasitäre Krankheiten oder krankhafte Zustände des Harnapparates, welche diese Konkretionen begünstigen. Bekannt ist die Bildung von Steinen um Fremdkörper und um die Eier oder die Überreste der Bilharzia haematobia. Eine bedeutende Rolle in der Ätiologie der Steinbildung scheint die Prostatahypertrophie zu spielen. Nach Freyer wurde in einem Drittel der wegen Steine operierten Patienten gleichzeitig Vergröfserung der Prostata konstatiert.

C. Berliner-Aachen.

Ein Phonendoskoprohr für Blasensteine, von H. J. Williams-Macon. (*Journ. amer. med. ass.* 27. Sept. 1902.) Verfasser hat ein Phonendoskop mittels eines Verbindungsrohrs mit einer Thompsonschen Steinsonde vereinigt und findet, dafs es auf diese Weise gelingt, beim Anschlagen sehr genau die Grenzen und Beschaffenheit des Steins zu erkennen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein encystierter Blasenstein nach einer Schufswunde der Blase, von J. H. Hugo. (*Brit. med. Journ.* 22. Nov. 1902.) Der 24jährige Patient hatte in den letzten Jahren über Beschwerden geklagt, die auf Blasensteine hindeuteten. Vor fünf Jahren war ihm eine Kugel in die linke Seite des Abdomens eingedrungen und zum rechten Gesäfs wieder herausgekommen. Darmerscheinungen waren nicht aufgetreten; dagegen flofs zwei Jahre lang Eiter und etwas Urin aus der Schufswunde. Seit einem Jahre war diese zugeheilt. Der Patient empfand jedoch bisweilen am Schlusse des Urinierens in der Gegend der Narbe intensive, bis in die Oberschenkel ausstrahlende Schmerzen. Der Urin war zeitweilig blutig und enthielt Eiter und eine grofse Menge Phosphate. Die Untersuchung mit der Sonde entdeckte einen frei in der Blase beweglichen und einen zweiten an der linken Blasenwand befestigten, encystierten Stein. Beide wurden durch die laterale Lithotomie entfernt. — Patient blieb seit der Zeit gesund.

C. Berliner-Aachen.

Bericht über eine ungewöhnliche Form von Blasenstein, von H. W. Page-London. (*Lancet.* 7. März 1903.) Bei einem 7jährigen schwachsinnigen Knaben mit

präzisen Symptomen von Blasenstein ergab die Sondierung ein negatives Resultat. Es fand sich aber ein harter Gegenstand im Hypogastrium, und beim hohen Blasenschnitt wurde eine circa wallnufsgrofse Masse entfernt, deren bohnengrofser Kern aus Uraten und Phosphaten bestand, während das übrige aus dicken Schichten von entfärbtem, zähem Blutgerinsel zusammengesetzt war. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein einzig dastehender Fall von Blasenstein, von D. C. Huffmann u. F. W. Roush. (*Journ. amer. med. ass.* 27. Sept. 1902.) Der 62jährige Patient war im Jahre 1862 durch einen Gewehrschufs am linken Oberschenkel fünf Zoll unterhalb der Leiste verletzt worden. Die Kugel konnte nicht gefunden werden, machte aber keine weiteren Beschwerden. Anfangs 1902 stellten sich Blasenstörungen und Schwierigkeiten bei der Entleerung des Urins ein. Es wurde nach gestellter Diagnose mittels hohen Steinschnitts mit einiger Mühe ein Blasenstein entfernt, der als Kern die abgeplattete Gewehrkugel enthielt und im ganzen 34,8 *g* wog. Gleichzeitig wurde eine gröfsere Menge Eiter aus der Blase aus einer Abscefshöhle entleert. Offenbar war die Kugel allmählich auf dem Wege ulceröser Resorption bis in die Blase vorgedrungen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

b. *Hoden und Samenbläschen.*

Beitrag zur Behandlung der Krankheiten der Hoden und ihrer Adnexe, von J. Zabludowski-Berlin. (*Rev. intern. de Thérap. phys.* 1903. Heft 1—3.) Die Arbeit wurde bereits in den *Ann. génito-urin.* (1902, Heft 12) veröffentlicht und nach dieser Zeitschrift an anderer Stelle referiert. *Götz-München.*

Diagnostische Punkte zur Unterscheidung zwischen Spermatorrhoe und Pollutionen, von F. R. Sturgis-New York. (*St. Louis med. Rev.* 25. Okt. 1902.) Unter Pollutionen versteht Verfasser in diesem Vortrage nicht die nächtliche Varietät, sondern nur den Tagestypus dieser Krankheit, bei welcher der Samenverlust konstant und deren Wirkung weit ernster sei. Von den Pollutionen scheidet er streng die Spermatorrhoe, bei der nur zeitweise und zwar nur bei starken Muskelanspannungen wie beim Husten, Niesen, Stuhlgang oder forcierter Urination, ebenso beim Heben schwerer Gewichte Sperma abgeht. In diesen Fällen fühlt der Patient, dafs Flüssigkeit die Harnröhre hinabrinnt, zugleich hat er eine deutliche Empfindung körperlicher sowohl wie geistiger Depression. Nach 15 Minuten bis 2 oder 3 Stunden ist aber der normale Tonus wieder erreicht und dann bleibt keinerlei Ermüdung, keine neurasthenische Beschwerde zurück. Bei Pollutionen hingegen geht beständig Samen ab, auch ohne irgend welche Muskeltätigkeit. Uriniert Patient, so ist er unfähig, die letzten Tropfen willkürlich auszupressen, sie tropfen von selbst ab, begleitet oder gefolgt von Sperma. Im Gegensatz zur Spermatorrhoe beeinträchtigen die Pollutionen das subjektive Befinden wie die körperlichen und geistigen Kräfte aufs schwerste. Bei Spermatorrhoe erfolgen Erektion und Ejakulation und auch die nächtlichen Samenergüsse in normaler Weise, höchstens etwas beschleunigt, bei Pollutionen ist kaum noch von Erektion die Rede, während die Libido eher erhöht ist. Jene gewährt alle Aussicht auf Genesung, Pollutionen dagegen führen nicht allein zu sexueller, sondern überhaupt zu geistiger und körperlicher Impotenz und häufig zum Suicid. Verfasser erwähnt noch, dafs manche Patienten mit zeitweiligem, leichtem Kopfschmerz, geringer Verstimmung und Ermüdung an Spermatorrhoe leiden, ohne es bemerkt zu haben; erst bei der Untersuchung des Urins finden sich Spermatozoen.

Levor-Frankfurt a. M.

Über die Kastration und ihre Folgen, von Hugo Lüthje-Greifswald. (*Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol.* Bd. 48, Heft 3 u. 4.) Als Folge der Kastration auf den Organismus hat man in vielen, wenn auch nicht in allen Fällen eine gesteigerte Nei-

gung zum Fettansatz beobachtet. Es entstand nun die Frage: ist diese Steigerung des Fettansatzes bedingt durch eine spezifische Wirkung der Keimdrüsen oder kommt sie indirekt zu stande? Die „spezifische Wirkung“ dachte man sich so, dafs die Keimdrüsen irgend ein „inneres“ Sekretionsprodukt liefern, welches die Oxydationsenergie beeinflussen und dessen Fehlen den Fettansatz begünstige. Die „indirekte Wirkung“ liefs sich erklären durch die häufig beobachtete gröfsere Ruhe und ausgesprochenes Phlegma der Tiere nach der Kastration; der gesteigerte Fettansatz könnte die Folge des geringeren Energieverbrauches sein. Verfasser ist dieser Frage in über Jahre ausgedehnten Versuchsreihen näher getreten; er hat an männlichen und weiblichen Hunden die Gewichtsentwicklung beobachtet, hat in eingehenden Versuchen den N- und P-Stoffwechsel geprüft, die CO_2-Ausscheidung der kastrierten und nicht kastrierten Tiere verglichen und schliefslich an den getöteten Tieren die Gesamtanalyse vorgenommen. Auf Grund dieser Untersuchungen kommt Verfasser zu dem Ergebnis, dafs ein spezifischer Einflufs der Keimdrüsen auf den Fettansatz nicht existiert. Wenn also bei Tier und Mensch nach der Kastration gelegentlich Fettzunahme beobachtet wird, so kann die Ursache dafür nur eine „indirekte“ sein.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Versuchte Selbstkastration bei einem Irrsinnigen, von A. R. Moulton-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 31. Mai 1902.) Der 29jährige Paranoiiker brachte es trotz Zwangsjacke fertig, mittels einer Sicherheitsnadel eine ausgiebige Öffnung an der rechten Seite des Scrotums zu bewerkstelligen, so dafs der Hoden nebst mehreren Zoll Samenstrang frei heraushing. Unter geeigneten Mafsregeln heilte die Verletzung ohne weiteren Nachteil. Die Geistesstörung blieb ohne wesentliche Veränderung bestehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Epididymitis als Komplikation des Typhus, von Mc Naught. (*Brit. med. Journ.* 15. Nov. 1902.) Am 4. April 1902 erkrankte ein Soldat an Typhus. Am Ende der dritten Woche war die Temperatur zur Norm zurückgekehrt. Am 13. Mai, also circa drei Wochen, nachdem der Patient wieder fieberfrei war, zeigte sich der rechte Testikel geschwollen, gespannt und schmerzhaft. Gleichzeitig wurde ein dünner, eitriger Ausflufs aus der Harnröhre wahrgenommen, der nach fünf Tage wieder verschwand. Die Schmerzen im Hoden liefsen nach, während die Schwellung noch eine Zeit lang bestehen blieb. Der Soldat leugnet, je Tripper gehabt oder sich in der letzten Zeit infiziert zu haben. (NB. Ob man es ihm glauben darf? Die Epididymitis als Komplikation des Typhus bleibt zweifelhaft.) *C. Berliner-Aachen.*

Die Guajakolbehandlung der Epididymitis und Orchitis blennorrhoica, von Bocchi. (*Gazz. degli Ospedali.* März 1902.) Der Patient wird im Bett behandelt. Das ganze Scrotum wird mit einer aus Guajakol 5, Vaselin 50 bestehenden Salbe bestrichen und in eine dicke Watteschicht eingehüllt; Suspensorium. Gleichzeitig kann Salol oder Natrium salicyl. innerlich verordnet werden. Sobald die akuten Erscheinungen nachgelassen haben, was in der Regel sehr rasch eintritt, wird behufs Beförderung der Resorption des Exsudates Quecksilbersalbe und Kompression (Kollodium, Traumaticin, Langlebertsches Suspensorium) verordnet. Am auffallendsten ist die schmerzstillende Wirkung des Guajakols, welche sofort nach Applikation des Verbandes eintritt, definitiv wird sie aber erst nach dem vierten oder fünften Tage. Die Resorption des Exsudates wird durch das Guajakol aufserordentlich begünstigt. Verfasser betrachtet diese Behandlungsmethode der Orchitis und Epididymitis als weitaus die beste. *C. Müller-Genf.*

Die Influenza-Orchitis, von N. B. Bénaky-Smyrna. (*La médecine orient.* 1902. No. 22.) Die Hodenentzündung, welche bei Influenza vorkommt, ist zwar keine häufige, aber eine sehr bemerkenswerte Erscheinung und ein Beweis für die Proteusnatur

dieses Leidens. Der Verfasser führt einen entsprechenden Fall an, der einen 42jährigen Kranken betraf. Derselbe bemerkte, nachdem er sich vorher der besten Gesundheit erfreut hatte, einen lebhaften Schmerz beim Wasserlassen und fühlte gleichzeitig allgemeine Schwäche, zu der sich Schüttelfröste gesellten. Fieber 39°. Konzentrierter Urin mit Blutbeimischung. Dies dauerte fünf Tage. Nachdem sich das Befinden gebessert, das Fieber verloren hatte und nur noch geringer Miktionsschmerz bestand, exacerbierten plötzlich alle Erscheinungen. Die letzten Tropfen bei der Miktion waren reines Blut, das unter unsäglichen Schmerzen ausgepreſst wurde. Die nächsten Tage vergingen mit heftigen Schmerzen in Nieren- und Lebergegend unter Übelsein und Erbrechen, Albuminurie und Ikterus, zu dem sich noch eine bald sich resorbierende Pleuritis gesellte. Allmählich besserte sich der gesamte Zustand, bis nach etwa vier Wochen der Kranke über jede Gefahr hinaus zu sein schien. Da zeigte sich plötzlich unter hohem Fieber eine linksseitige Hodenentzündung, die unter lokaler Blutentziehung sich nach drei Tagen so bedeutend besserte, daſs der Kranke auszugehen vermochte. Trotz Tragens eines Suspensoriums trat nach weiteren 20 Tagen abermals eine überakute Orchitis ein, die den Kranken 14 Tage ans Bett fesselte. In einem anderen Fall sah Bénaky eine Influenza-Orchitis, bei einem Mann von 75 Jahren, die zur lokalen Gangrän und zum Tode führte. *Hopf-Dresden.*

Zwei Fälle von Rundzellensarkom des Hodens, von J. M. Cotterill-Edinburg. (*Scott. Journ.* März 1903.) In dem einen Fall wurde bei einem 23jährigen Mann ein kugeliger elastischer Hodentumor von der Gröſse einer kleinen Kokosnuſs konstatiert. Das schlechte Allgemeinfinden verwehrte eine Operation, und der Patient starb fünf Monate nach Beginn der Erkrankung unter den Symptomen einer Gehirnblutung. Die Autopsie ergab ein rundzelliges Sarkom des Hodens mit Metastasen in Herz, Lungen, Leber, Darm und Gehirn. — Bei dem zweiten Patienten lag Sarkom eines nicht descendierten Testikels vor; dieser Fall ist zwar operiert worden, aber die Gefahr, daſs sich Metastasen zeigen, besteht zurzeit noch.

Levor-Frankfurt a. M.

Kryptorchismus, nebst einem Bericht über zwei natürliche Eunuchen, von Henry G. Anthony-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* 1902. No. 5.) In den beiden vom Verfasser mitgeteilten Fällen handelt es sich um angeborenes Fehlen beider Hoden und Nebenhoden an normaler Stelle; auch eine Verlagerung konnte nicht nachgewiesen werden. Der eine, ein 40jähriger Mann, ist körperlich ungewöhnlich groſs geraten, jedoch schwach auf den Beinen; in seiner geistigen Entwicklung ist er soweit zurückgeblieben, daſs er es zu keiner Lebensstellung gebracht hat. Männlicher Habitus, puerile Stimme, kümmerliche Entwicklung von Achsel- und Schamhaaren, Fehlen des Bartes; der Penis hat die Gröſse wie bei einem sechsjährigen Jungen. Geschlechtliche Erregungen und Erektionen haben nie stattgefunden. Ganz ähnlich stellt sich der zweite Fall, einen 26jährigen Mann betreffend, dar, nur mit dem Unterschiede, daſs seine Gliedmaſsen mehr weiblichen Habitus zeigen.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Über den Wert des unvollständigen Descensus testiculi, von W. Mc. Eccles. (*Brit. med. Journ.* 25. Okt. 1902.) Der Verfasser hat durch Untersuchungen nachgewiesen, daſs sich im normalen Testikel eines Knaben um die Pubertätszeit und kurz vor Eintritt derselben mikroskopisch zwei Zelltypen vorfinden, von denen der eine durch Bildung eines Sekretes das Wachstum des Individuums, der andere durch Produktion von Spermatozoen die Zeugungsfähigkeit zu beeinflussen scheint. Die Zellen des zweiten Typus liegen in den Zwischenräumen zwischen den Tubuli seminiferi. Im zurückgebliebenen Testikel sind zwar die beiden Zelltypen vorhanden, aber sie gelangen, namentlich wenn der unvollständige Descensus, wie so häufig, sich mit

Hernia inguinalis verbindet, nicht zur Entfaltung ihrer Funktion. Für solche Fälle, besonders bei doppelseitigem Kryptorchismus hält Verfasser einen operativen Eingriff für sehr angebracht. Derselbe besteht meistens in Transplantation des Testikels ins Scrotum. Es bleibt allerdings auch dann noch zweifelhaft, ob solch ein transplantierter Hoden jemals seine natürliche Funktionsfähigkeit wiedererlangt.

C. Berliner-Aachen.

Verschiedenes.

Die zeitgenössische französische Dermatologie, von Lucien Jacquet. (*Presse méd.* 1902. No. 93.) Die kurze Skizze lehnt sich an die Antrittsvorlesung des Professor Gaucher an, der die großen Männer des Hospital Saint-Louis hatte Revue passieren lassen und vor allem auf Fourniers Verdienste in der Syphiligraphie hingewiesen hatte. Jacquet betont die eminenten Verdienste Besniers um die Hebung der französischen Dermatologie und die seiner Vorgänger Gibert, Lailler und Vidal.

Hopf-Dresden.

Klinisches Studium von 485 Fällen von Nagelerkrankung, von Charles J. White-Boston. (*Boston. Journ.* 13. Nov. 1902.) W. hat innerhalb drei Jahre im Massachusetts-General-Hospital und in seiner Privatpraxis 485 Fälle von Nagelkrankheiten beobachtet. Auf Ekzem entfielen davon 107, auf Trauma oder Abscesse 72, Paronychia 68, Psoriasis 67, Berufsdermatitis ohne Paronychie 62, Syphilis 28, Favus 8 u. s. w. In übersichtlichen Tabellen stellt Verfasser genau zusammen, wie oft absolut und bei den einzelnen Krankheiten die verschiedenen Veränderungen des Nagels, punktförmige, quer- und längsgestellte Depressionen, Quer- und Längsriffe, Verfärbungen, Hypertrophien der Nagelplatte und des Nagelbettes, Ablösung des Nagels, Koilonychia u. s. f., vorkamen. Auch Alter, Rasse, Geschlecht und Berufsart sind eingehend vermerkt. Aus der Zusammenstellung erhellt recht deutlich die Schwierigkeit der Diagnose bei Nagelaffektionen, da die meisten Symptome den verschiedenen Erkrankungen gemeinsam sind.

Levor-Frankfurt a. M.

Die Behandlung des weichen Schankers, von A. Lanz. (*Prakt. Wratsch.* 1903. No. 4 u. 5.) Verfasser bespricht die üblichen therapeutischen Maßnahmen und teilt sie in zwei Gruppen ein, nämlich erstens in solche, welche schnell wirken, und zweitens in solche, welche langsam wirken. Zu ersteren zählt er das Auskratzen oder Ausschneiden der Ulcera, die verschiedenen Ätzmittel, die Hitze in ihren mannigfachen Anwendungsweisen und die Kälte; zu letzteren alle Streupulver. Verfasser wendet eine kombinierte Behandlung an und rühmt besonders die konzentrierte Karbolsäure als Ätzmittel, die Hitze in Form lokaler heißer Bäder und das Jodoformogen und Europhen als Streupulver. Bei gangräneszierenden, meist durch Phimose komplizierten Schankern, empfiehlt Verfasser ein Drainröhrchen in den Präputialsack einzuführen, durch dasselbe einigemal am Tage Spülungen mit anfangs 4%igem, später unverdünnten Hydrogenium peroxydatum vorzunehmen, hierauf Jodoformöl oder Jodoformglycerin (1:10) einzuspritzen. Dabei sollen heiße Gliedbäder angewandt werden (40—45° C.).

Arth. Jordan-Moskau.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 36. №. 11. 1. Juni 1903.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum.

Über eine umschriebene, bisher unbekannte Degeneration der Cutis.
Zugleich ein Beispiel von Simulation einer Hautkrankheit.

Von

Dr. med. Dreuw,
Assistenzarzt an Dr. Unnas Hautklinik.

Mit einer Lichtdrucktafel.

Am 7. X. 01 wurde in den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld auf der dermatologischen Abteilung der 50jährige Arbeiter X. Y. aufgenommen. Derselbe wurde von der Berufsgenossenschaft für chemische Industrie der Abteilung überwiesen, behufs genauer klinischer Beobachtung und behufs Feststellung etwaiger Simulation. Der Patient, ein sehr intelligenter Mensch, war früher Fabrikdirektor an verschiedenen Spinnereien in Amerika gewesen und durch Umstände irgend welcher Art schliefslich Arbeiter in einer Farbenfabrik geworden. Er war schon in verschiedenen Anstalten wegen seines Leidens behandelt und beobachtet. Die von den betreffenden Anstalten abgegebenen Gutachten lauteten dahin, dafs wahrscheinlich Simulation vorläge. Bei seinem Aufenthalt in den betreffenden Anstalten soll der X. Y. die Patienten seines Saales gegen Verwaltung und Behörde aufgehetzt und häufig Unzufriedenheit unter seinen Saalgenossen hervorgerufen haben. Auch in Elberfeld war diese Tatsache zu konstatieren. Von vornherein war ihm Simulation also wenigstens zuzutrauen, eine objektive Beobachtung des Zustandes unter allen Umständen also durchzuführen. Ich anticipiere das von mir für die Berufsgenossenschaft verfafste Gutachten, um später auf die interessante Histologie und Differentialdiagnose des eigentümlichen Falles näher einzugehen. Meinem früheren hochverehrten Chef, Herrn Sanitätsrat Dr. Eichhoff in Elberfeld, erlaube ich mir an dieser Stelle für die gütige Überlassung des interessanten Falles meinen ergebensten Dank auszusprechen, ferner meinem jetzigen Chef, Herrn Dr. Unna, für das rege Interesse, das er meinen Untersuchungen entgegengebracht hat.

Gutachten.

Der Arbeiter X. Y., geboren am 28. Oktober 1852, wurde am 7. X. 02 in die städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld (dermatologische Abteilung) aufgenommen. Derselbe gab bei seinem Eintritt an, niemals eine Hautkrankheit, auch nicht am rechten Fuſse gehabt zu haben, bis zum 3. Januar 1901, an welchem Tage ihm der rechte Fuſs umschlug, woraufhin eine kleine, oberflächliche Hautwunde entstanden sein soll. Patient gibt wörtlich über den Unfall folgenden Bescheid:

„Ich achtete der Wunde nicht, arbeitete weiter, wobei die Wunde Giftstoffe aufgesaugt haben muſs. Schlieſslich wurde der Fuſs so schlimm, daſs ich nicht mehr auftreten konnte. Derselbe schwoll von den Zehen bis zum Knie an, es bildeten sich Blasen, die Herr Dr. H. abgeschnitten hat. Darauf wurde ich der chirurgischen Station der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld überwiesen, wurde dann nach Bonn ins Hospital der barmherzigen Brüder geschickt, und nach dem Austritt aus dieser Anstalt war das Bein schlimmer als bei Eintritt. Das Bein gibt eine Geschwulst von sich, welche Bläschen bildet, die sich wieder zusammenziehen und Krusten bilden. Dieses wiederholt sich alle drei bis vier Wochen."

Ohne Stock will Patient nicht gehen können. Der objektive Befund ist folgender:

Am rechten Unterschenkel, zirkulär um den Malleolus externus und internus herum, namentlich um den Malleolus internus, verlaufen Borken und Krusten, die mit einander konfluieren, auf geröteter und geschwollener Basis. Druck auf die Spitze des Malleolus internus ist nicht schmerzhaft. Etwa 4 cm oberhalb der Malleolen ist auf Druck Schmerzhaftigkeit zu konstatieren, während von dieser Stelle an bis zum Knie, zirkulär um den Unterschenkel herum, Gefühllosigkeit bestehen soll. Nadelstiche will der Patient in der ganzen Region von 4 cm oberhalb der Malleolen bis zum Knie nicht spüren. Die Beweglichkeit des Fuſses ist nach allen Richtungen sowohl aktiv wie passiv erhalten. Irgend eine intraartikuläre Entzündung oder Adhäsion besteht nicht, auch keine nachweisbare Affektion der Knochen ist vorhanden. Am 8. X. 01 werden die Borken gewaltsam mit der Knopfsonde entfernt, worauf unter denselben eine eitrig-seröse Flüssigkeit zum Vorschein kommt. Am 8. X. 01 wird nachmittags die Prüfung auf Anästhesie gemacht, wobei sich ergibt, daſs der Patient die Gefühllosigkeit bis zum Knie simuliert. Denn mit verbundenen Augen gibt Patient eine an der Grenze zwischen angeblich empfindlichen und unempfindlichen Teilen der Haut gelegene, von mir vorher markierte Stelle an zu fühlen, von der er mit unverbundenen Augen behauptet hatte, er fühle sie nicht. Auch gab er aufgefordert,

bei verbundenen Augen „Nein" zu sagen, falls er Nadelstiche nicht spüre, meist „Nein" an in dem Augenblicke, in dem der Stich erfolgte.[1]

Am 11. X. 01 wird untenstehende, stereoskopische Aufnahme gemacht. (Siehe untenstehende Abbildung.)[2] Auf dem Bilde bemerkt man serpiginös verlaufende Substanzverluste der Epidermis, namentlich an der medialen Seite des Unterschenkels (*a*). Unter der Epidermis befinden sich mohnkorngroſse (*b*) und streifenförmige (*c*) Gebilde von gelber Farbe, welche exzidiert werden, behufs Anfertigung von mikroskopischen Präparaten.

Der Grund der Substanzverluste sieht rot aus. Eine chemische Untersuchung der Borken und oberen Epidermismassen auf Chromsäure fiel negativ aus.

Am 20. X. 01 wird wiederum ein gelbes Knötchen exstirpiert und dasselbe ebenso wie das früher erwähnte der mikroskopischen Untersuchung unterworfen. Dabei zeigen sich bei schwacher Vergröſserung Fasern, die einem tierischen Organismus nicht anzugehören scheinen, namentlich in den Zupfpräparaten.

Am 10. XI. 01 tritt plötzlich eine Verschlimmerung des unter indifferenter Behandlung der Heilung nahen Fuſses ein, indem plötzlich eine Reihe von neuen, serpiginösen Ulcerationen aufschieſsen. Um eine Einwirkung des Patienten zu verhindern, dann aber auch, um eine Ruhigstellung des Fuſses zu bewirken, wird derselbe von den Zehen bis zum Knie in Gips gelegt, am 18. XI. 01. Bei der Lösung des Gipsverbandes

---

[1] Diese Methode hat mir während meiner früheren Assistentenzeit auf der inneren und chirurgischen Station manchmal zur Entlarvung von Simulanten verholfen. Dieselbe besteht in folgendem:

1. Man fragt den Patienten bei unverbundenen Augen, ob er Nadelstiche spüre. Irgend welche an der Grenze von angeblich empfindlichen und nicht empfindlichen Teilen der Haut gelegene Stellen merkt man sich. Anhaltspunkt kann dabei sein irgend ein Haar, ein Naevus, eine zufällig vorhandene schmutzige Stelle, ein absichtlich mit Blaustift markierter Punkt bezw. eine Linie etc.

2. Dann verbindet man dem Patienten die Augen und geht immer fragend, ob Patient den Nadelstich spüre, mit der Nadel bis zur Grenze der angeblich empfindlichen und unempfindlichen Stelle, sticht dann auf die markierten Stellen, wobei der Patient, falls er Simulant ist, in der Regel Angaben macht, die den vorher gemachten widersprechen.

3. Jetzt wendet man plötzlich seine Fragestellung. (Die Augen bleiben weiter verbunden.) Bisher hat der Patient immer sagen müssen, ob er etwas spüre, jetzt wird er plötzlich (es muſs dies schnell und rasch hinter einander geschehen, damit der Patient wenig Zeit zum Überlegen hat), folgendermaſsen immer wieder und wieder gefragt: „Falls Sie nichts spüren, sagen Sie ‚Nein'", und gleichzeitig sticht man die Nadel in die angeblich empfindungslose Haut ein. Falls der Betreffende Simulant ist, wird er in der Regel immer „Nein" sagen in dem Momente, wo man einsticht, d. h. er spürt den Nadelstich. In den meisten Fällen wird es gelingen, Leute, welche Anästhesie simulieren, auf diese Weise zu überführen, wie auch in diesem Falle, wo es sich um einen sehr „gerissenen" Menschen handelte. Später gab er selbst zu, die Anästhesie simuliert zu haben.

[2] In dem Gutachten waren die stereoskopischen Aufnahmen eingeklebt. (Figur 1 entspricht der ersten der dem Gutachten beigegebenen Aufnahmen.)

am 30. XI. 01 zeigen sich die Ulcerationen verheilt und die Borken erweicht, unter der Wirkung eines unter dem Gipsverband aufgelegten Borsalbegazestreifens. In den erweichten Epidermismassen finden sich zum Teil die oben erwähnten gelben Knötchen. Es werden mikroskopische Zupfpräparate von diesen erweichten Epidermismassen gemacht.

Neben Epidermiszellen und einzelnen Bindegewebsfasern finden sich die schon oben erwähnten Fasern, von denen wir annahmen, dafs sie wegen ihrer Struktur und Morphologie einem tierischen bezw. menschlichen Organismus nicht entstammten. Der Gipsverband wurde sofort wieder angelegt und am 13. XII. 01 wieder geöffnet, wobei sich zeigte, dafs die ganze Affektion der Heilung nahe war. Die mediale Seite des Fufses ist noch etwas gerötet und weist leichte Dermatitis auf. Auch die erwähnten gelben Knötchen bezw. Streifen sind noch vorhanden, zum Teil unter der Oberhaut, zum Teil in den oberflächlichen Epidermisschichten. Eine abermalige Untersuchung dieser oberflächlichen Massen ergibt das Vorhandensein der schon geschilderten Fasern.

Beim Verbandwechsel am 19. XII. 01 ist besonderes nicht zu bemerken. Am 4. I. 02 wird in Gegenwart des Kassenarztes Dr. H. der Verbandwechsel vorgenommen. Hierbei wird der Patient der Simulation bez. der Anästhesie wieder überführt.

Es wird ein gelbes Knötchen exstirpiert und dasselbe auf Wunsch der Berufsgenossenschaft wegen des Vorhandenseins der erwähnten Fasern, die vielleicht dem Pflanzenreich entstammten, zugleich mit den früheren Präparaten, an das botanische Institut nach Bonn geschickt. Dasselbe hält sich jedoch (siehe Brief) nicht für kompetent in dieser Frage und verweist uns an das Reichsgesundheitsamt. Dieses teilt uns auf Anfrage mit (siehe Brief), dafs es aufserhalb seines Ressorts läge, sich mit Privatuntersuchungen zu beschäftigen. Da der Vorstand des botanischen Instituts möglicherweise Pilzmycelien in den Präparaten vermutete, so wurden Fleischwasserpeptongelatine- und Agarröhrchen geimpft sowie Platten gegossen, aber ohne, dafs abgesehen von einigen Staphylokokkenkolonien, irgend ein Wachstum auftrat.

Am 17. I. und 23. I. 02 wird der Gipsverband wieder gelöst. Am letzteren Tage war beinahe vollständige Heilung eingetreten. Die Ulcerationen waren vernarbt, und da Patient bald entlassen werden sollte, so wurde zur Fixierung des Zustandes, untenstehende Photographie (stereoskopisch) gemacht.[3] Auf derselben sieht man, dafs sich die Haut vollständig regeneriert hat, und dafs nur an einer Stelle sich ein kleiner Wundschorf befindet, dort, wo zur Zeit ein Stückchen Epidermis exstirpiert war.

---

[3] Siehe Tafel, Fig. 2.

Am 30. I. 02 hat auch der Wundschorf sich abgestoſsen, und der Fuſs wird definitiv vom Gips befreit. Festes Aufstoſsen auf dem Boden macht dem Patienten keine Schmerzen. Aktive und passive Bewegungen sind ohne Schmerzen ausführbar. So verbleibt Patient bis zum 25. II. 02, an welchem Tage plötzlich eine akute Verschlimmerung des Fuſses eintritt. Es zeigen sich etwa 6—8 papulöse Erhebungen und Pusteln, die bis 1/2 cm Durchmesser haben. Die Mitte der Pusteln zeigt einen schwarzen vertieften Punkt, als ob ein Nadelstich daselbst erfolgt sei. Da wir vermuteten, daſs in letzterem Falle vielleicht kleine Eisenstückchen der vielleicht verrosteten Nadel im Gewebe hängen geblieben waren, so machten wir die mikrochemische Eisenreaktion, jedoch ohne Erfolg. Um die Pusteln herum war die Haut gerötet und geschwollen und mit Blutungen durchsetzt. Es wurde von diesem Zustande untenstehende stereoskopische Aufnahme gemacht,[4] auf der man im stereoskopischen Bilde namentlich deutlich die Pusteln mit dem schwarzen Punkt in der Mitte bemerkt. Aus den Pusteln bildeten sich Krusten, die unter Borsalbenverband abheilten, so daſs Patient am 13. III. 02 geheilt das Krankenhaus verlieſs.

Schluſsfolgerung.

Die Affektion des X. Y. lieſs bei seinem Eintritt ins Krankenhaus verschiedene Krankheiten als möglich erscheinen, so vor allem Syphilis, Lupus, Lupus erythematosus, Pilzerkrankung und artifizielle Geschwüre, hervorgerufen durch irgend ein chemisches (Chromsäure etc.) oder mechanisches bezw. physikalisches Mittel. Die Art und Weise des Erscheinens der Krankheit, wie X. Y. sich ausdrückt, alle 3—4 Wochen, mit so charakteristischen Erscheinungen der Papel- bezw. Pustelbildung, der Rötung und Schwellung des Fuſses (namentlich bei der am 25. II. 02 eingesetzten pustulösen Entzündung nach Lösung des Gipsverbandes), sowie des baldigen Verschwindens aller dieser Erscheinungen unter dem Gipsverbande, ferner der Umstand, daſs eine Beteiligung des Gelenks bezw. der Unterschenkel- oder Fuſsknochen ausgeschlossen ist, lassen es als sicher erscheinen, daſs die Affektion von dem am 3. Januar 1901 erlittenen Unfall nicht herrührt. Da der p. X. Y. bezw. der von ihm angegebenen Anästhesie des rechten Unterschenkels sicher der Simulation überführt ist, so liegt der Gedanke bei der eben geschilderten eigentümlichen Art des rezidivierenden Entstehens und Vergehens der Hautaffektion nahe, daſs der p. X. Y. sich irgend eines chemisch, mechanisch oder vielleicht infektiösen Mittels zur Hervorrufung des Zustandes bedient hat. In dieser Meinung werden wir bestärkt, durch die punktförmigen, schwarzen, vertieften Zentren der Pusteln, welche höchstwahrscheinlich künstlicher Natur

[4] Siehe Tafel, Fig. 3.

sind. Zum Schlusse noch die Bemerkung, dafs bezüglich Herz und Lungen sowie des Verdauungs-, Nerven- und Urogenitalsystems, Abnormes bei X. Y. nicht vorhanden ist, und dafs die vorher simulierte Anästhesie bei einer abermaligen Prüfung am 10. III. 02 sich plötzlich in eine vollständige normale Sensibilität verwandelt hat.

In der Nacht vom 13. III. 02 zum 14. III. 02 gegen 1/22 Uhr wurde X. Y. vollständig betrunken von der Polizei ins Krankenhaus gebracht. Er war auf der Strafse liegend vorgefunden worden und hatte leichte, blutende, oberflächliche Hautabschürfungen im Gesicht. Am Morgen des 14. III. 02 ist er entwichen.

Elberfeld, 15. März 1902.

Histologie.

A. Zupfpräparate.

Die mit einem spitzen Messer ausgestochenen Knötchen wurden auf dem Objektträger zerzupft und in Wasser bezw. Glycerin untersucht. In diesen Präparaten fiel mir das Vorhandensein der im Gutachten erwähnten Fasern auf, so dafs ich auf das Seltsame der Affektion aufmerksam wurde. Differentialdiagnostisch kamen in Betracht:

I. Normale Gebilde der Haut
(Muskel-, Nerven-, Bindegewebs-, elastische Fasern).

II. Pathologische Gebilde
(Mycelien, Fremdkörper, Degenerationsprodukte).

Auf den ersten Blick waren die Fasern Mycelien ziemlich ähnlich. Auch der Vorstand des botanischen Instituts in Bonn hielt das Vorhandensein von Mycelien nicht für ausgeschlossen. Wie jedoch die spätere bakteriologische und histologische Untersuchung ergab, waren solche nicht vorhanden. Fremdkörper, die von aufsen unter die Haut gekommen, waren durch die Anordnung der Faserbündel, durch die Anzahl der Knötchen, sowie durch die Lage derselben dicht unter der unverletzten Epidermis ausgeschlossen, und so konnte es sich, da normale Gebilde der Haut ein ganz anderes Aussehen hatten, nur um Degenerationsprodukte der normalerweise vorhandenen Elemente der Haut handeln. Um diese genauer zu bestimmen, wurden Schnitte durch die exstirpierten Stückchen gemacht und gefärbt.

B. Gefärbte Präparate.

Es wurden die UNNAschen Färbemethoden angewandt. Nach Fixierung und Härten in absolutem Alkohol kamen die Stückchen in Alkoholäther a, dann in dünnes und schliefslich in dickes Celloidin.

I. Färbung mit der Polychrommethylenblau-Glycerinäthermethode.

Die Schnitte wurden der Reihe nach gebracht in:

1. 80%igen Alkohol,
2. Wasser,
3. Polychrommethylenblaulösung, 2—3 Minuten,
4. Wasser,
5. Glycerinäthermischung (1 : 4 Wasser), 2 Minuten,
6. Wasser,
7. Alkoh. absol.,
8. Ol. bergamott.,
9. Balsam.

Schon mit freiem Auge bemerkt man im Präparat einen länglichen, hellen, etwa die Hälfte eines Stecknadelknopfes ausmachenden Herd. Bei schwacher Vergröfserung[5] bemerkt man, dafs diese fast vollständig entfärbte Stelle dicht unter der Epidermis liegt, deren Zellen hier angeschwollen sind. Die Anschwellung bezieht sich hauptsächlich auf die oberen Teile des Stratum Malpighi, die mit Polychrommethylenblau schwach gefärbt erscheinen, so dafs das Stratum in eine untere, dunkelblau gefärbte, und eine obere, schwachblau gefärbte, Schicht sich teilt. Der Papillarkörper ist über der erwähnten Stelle fast vollständig ausgeglichen. Aus der normalen, welligen entsteht eine fast gerade Begrenzungslinie der Cylinderzellenschicht. Während in der äufsersten Umgebung des Herdes der Papillarkörper stark wellig ist, mit schmalen, hohen Leisten und zum Teil kolbigen Papillen, sowie einer unbedeutenden, kaum vergröfserten, suprapapillären Stachelschicht, findet sich direkt über dem Herde eine angeschwollene Stachelschicht. Rechts und links sieht man eine periphere Randzone in einer Breite von etwa vier Papillen, in welcher die Stachelschicht durch Vergröfserung und Schwellung der einzelnen Stachelzellen bedeutend verdickt ist, wenn auch nicht so stark, wie über dem Herde selbst, ohne dafs die Papillen in ihrer Gröfse und Form wesentlich verändert wären, abgesehen von einem Ödem bezw. einer leichten Schwellung. Über dem Zentrum der Affektion ist die Schwellung der Stachelschicht so weit, dafs unter fast vollständiger Abflachung der Papillen die entsprechenden Leisten zu einer einheitlichen Scheibe zusammengeflossen sind. An dieser Scheibe kann man eine dunkelgefärbte basale und eine hellgefärbte subkorneale Schicht unterscheiden, in welch letzterer, wie schon erwähnt, die Zellen stark vergröfsert sind und das Methylenblau nur schwach, man kann sagen, kaum annehmen. Die Zellen sind (bei Ölimmersion) gekörnt, scheinen also Abkömmlinge des Stratum granulosum zu sein.

Der obenerwähnte, fast vollständig entfärbte, dicht unter dem Stratum spinosum liegende Herd ist bei schwacher Vergröfserung von länglicher,

[5] Siehe Tafel, Figur 4 (Mikrophotographie).

ovaler Gestalt (der Längsdurchmesser verläuft parallel mit dem Papillarkörper) und besteht aus längs- und quergeschnittenen, dicken Balken, welche die gewöhnlichen Bindegewebsfasern um ein Bedeutendes an Dicke übertreffen. Diese Balken verlaufen in durchaus gerader Richtung, sind also nicht, wie die Bindegewebsfasern der normalen Umgebung, gewellt. Durch die Streckung, welche die in diesem ovalen Herd befindlichen Bindegewebsfasern bei ihrer Schwellung erfahren, werden auch die sie kreuzenden Bündel weniger in Schrägschnitten und krummen Abschnitten getroffen, sondern in Querschnitten, welche von den längsverlaufenden Fasern fest eingeschlossen werden, so daſs die normalerweise zwischen den Bindegewebsbündeln vorhandenen Lymphspalten fortfallen. Blendet man dieses Präparat, an welchem die pathologisch veränderten Fasern ganz ungefärbt sind, stark ab, so erkennt man sowohl an den längs- wie an den quergetroffenen Faserbündeln, daſs die Schwellung mit einer hochgradigen Strukturveränderung der Faserbündel einhergeht. In diesem beschatteten Gesichtsfeld treten die pathologischen Kollagenfasern als ganz helle Partien hervor, indem sie das Licht stärker brechen und in ihrem Verlaufe von glänzenden Punkten bedeckt sind. Dort, wo die Balken abgeschnitten enden, strahlen sie meist fächerförmig als Bündel stark lichtbrechender Fasern auseinander, einem feinen Glaspinsel vergleichbar. Die Querschnitte der Balken sind im Innern des Herdes in Form von Dreiecken und Quadraten angeordnet, welch letztere von geradlinig verlaufenden, hellglänzenden, dicken Fasern begrenzt werden, als wenn die normalerweise rundlichen Faserbündel bei ihrer Anschwellung sich gegenseitig durch Druck prismenartig abgeplattet hätten. Das normale Gefüge des Kollagens ist eben durch Anschwellung, Erstarrung und stärkere Lichtbrechung vollständig verändert. Die Erstarrung und Sprödigkeit war auch namentlich daran zu erkennen, daſs die Knötchen beim Zerzupfen den Präpariernadeln groſsen Widerstand boten und wie spröde Körper sich verhielten. Im Zupfpräparat sahen denn auch manche Fasern wie abgebrochen aus, quergebrochenen Glasstäben ähnlich, im Schnittpräparat an manchen Stellen wie mit dem Messer auseinandergerissen.

Die Untersuchung des Degenerationsherdes auf Doppellichtbrechung, die ich im hiesigen botanischen Institut vornahm, ergab ein negatives Resultat. Hält man bei mittlerer Blende die Hand oder ein Buch vor den Mikroskopspiegel, so daſs das Präparat bei auffallendem Licht gesehen wird, so tritt ein intensives Aufleuchten der Balken des Degenerationsherdes auf. Der letztere erscheint dann wie ein silberner See in dunkler Umgebung. Auf diese Weise sind selbst vereinzelte, in die Umgebung ausstrahlende, degenerierte Fasern noch deutlich und sicher zu erkennen. Dasselbe tritt bei seitlicher Beleuchtung und enger Blende ein.

Der ganze, eben beschriebene Degenerationsherd wird umrahmt von einer eigentümlichen, zelligen Infiltration, die oben an die Epidermis stöfst und unten breiter ist wie oben, jedoch den gröfsten Teil der Cutis frei läfst. In diese Infiltrationszone strahlen nun die stark lichtbrechenden Fasern des Degenerationsherdes fächerförmig und unregelmäfsig aus. Es handelt sich bei dieser Infiltration in der nächsten Umgebung des linsenförmigen Herdes weder um eine Ansammlung von Leukocyten, noch um eine den Granulomen vergleichbare Ansammlung von Plasmazellen, sondern von Bindegewebszellen der verschiedensten Formen. Die Zellen behalten meist den Typ der Spindelzellen bei, so dafs auch die gröfsten hauptsächlich in der Länge vergröfsert erscheinen. Der Körper der Zelle nimmt dabei Formen an, die man mit den Spindelzellen der Fibrome bezw. Sarkome vergleichen kann. Von dem Zellkörper gehen eine gröfsere Anzahl teils spitzer, teils flügelförmiger Fortsätze ab (Spinnen- bezw. Flügelzellen), die Kerne sind wenig chromatinreich und treten als helle Körper aus dem Zellleib hervor, welcher bei der Färbung mit Polychrommethylenblau nur wenig Granoplasma, dagegen um so deutlicher sein Spongioplasma zeigt.

Die Infiltrationszone erstreckt sich in das Innere des degenerierten Zentrums nur mit einzelnen Zügen. Es sind eben durch die anschwellende Intercellularsubstanz und durch die Streckung derselben die zelligen Bestandteile auf ein Minimum reduziert. Diese Zellen begleiten das beschriebene Balkensystem und lagern sich demselben an, ohne in das Innere der Balken selbst einzudringen. An diesen Zellen selbst kann man einen spindel- bezw. häutchenförmigen Körper noch von einem Kern unterscheiden, jedoch sind die Unterschiede ziemlich verwischt. Beide, sowohl Zellkörper als Zellkern, erscheinen mehr abgeplattet als in der peripheren Zone. Im allgemeinen herrscht auch hier ein gewaltiger Polymorphismus der Zellen, namentlich sieht man viele blattähnliche Zellformen und vereinzelte Kugelzellen. An Umfang sind die Zellen durchaus nicht klein, sondern sie erscheinen als breite, spongioplastische, wabige Platten, einem zerknitterten Blatt vergleichbar. Der obenerwähnte Polymorphismus kommt dadurch zu stande, dafs das Spongioplasma ein starkes Wachstum zeigt, das Granoplasma jedoch nicht in gleichem Mafse daran teil nimmt. Letzteres imbibiert sich diffus in dem flachen Zellkörper, dessen Konturen unregelmäfsig gezackt, hier und da den Rändern eines zerrissenen Stoffzeuges gleichen. Trotz der enormen Zellvergröfserung ist das Protoplasma nicht grofswabig, sondern unregelmäfsig feinwabig, von einem schleierhaften Aussehen.

Diese bisher beschriebene Infiltrationszone aus Bindegewebszellen wird von einer zweiten konzentrisch umgeben, die aus lockeren, kleinen, normalen Bindegewebsfasern besteht, und in der es neben hypertrophischen

Spindelzellen zur Bildung von Plasmazellen kommt sowie zur Ansammlung einer beträchtlichen Menge von atrophischen Plasmazellen und Plasmatochterzellen.

II. Färbung mit Polychrommethylenblau und neutralem Orcein:

1. 80%iger Alkohol,
2. Wasser,
3. Polychrommethylenblau, 5 Minuten,
4. Wasser (gut abspülen); Fliefspapier,
5. Neutrales Orcein, 15 Minuten,
6. Alkoh. absol,
7. Ol. bergamott,
8. Balsam.

Im allgemeinen herrscht hier dasselbe, vorher geschilderte Bild vor, nur sind die chromatischen Eigenschaften des Degenerationsherdes dargestellt, indem die nach der vorigen Methode entfärbten Fasern durch neutrales Orcein entweder stärker oder schwächer gefärbt erscheinen. Die beschriebenen Faserbalken im Innern des Herdes nehmen sehr wenig neutrales Orcein auf, zeigen aber eine vom gewöhnlichen fibrillären Bindegewebe verschiedene Beschaffenheit. Nur der nach der Cutis zu gelegene untere Teil des Degenerationsherdes ist intensiv und schön rotbraun gefärbt, ebenso wie das normale Kollagen der Umgebung. Dicht um den Herd herum findet man dieselben Zellen der Infiltrationszone, die ich vorher geschildert habe, auf welche ebenfalls eine konzentrische Schicht von Plasmazellen folgt, die zum Teil im Zerfall begriffen sind. Die Epidermis zeigt dieselben Eigentümlichkeiten, wie im vorigen Präparat geschildert. Die Intercellularbrücken sind deutlich erhalten, jedoch nur in der suprapapillären, dunkelblau gefärbten Zone. Die Zellen des Stratum granulosum erscheinen bedeutend vergröfsert und geschwollen, mit deutlichen Keratohyalinkörnchen, scharf ausgeprägtem Kern, jedoch verwischter Protoplasmagrenze. Der Papillarkörper ist stark mit Bindegewebszellen infiltriert, nimmt Orcein kaum auf und zeigt deutliche und stark ausgeprägte Erweiterungen der Lymphräume zwischen den einzelnen Bindegewebsfibrillen, die ihrerseits ihren welligen Verlauf verloren haben und als kurze, manchmal spitz zulaufende Stränge unter der Epidermis zu sehen sind, jedoch nicht die optischen Phänomene des Degenerationsherdes aufweisen. Es handelt sich eben um eine scharf zum Ausdruck kommende ödematöse Durchtränkung des Papillarkörpers. Diese besteht hauptsächlich über dem Degenerationsherd und reicht etwa vier bis fünf Papillen weit in die Umgebung. In den Papillen selbst befinden sich ebenfalls die schon beschriebenen polymorphen Zellen im ödematös angeschwollenen Bindegewebe, namentlich in den auf dem Schrägschnitt getroffenen, vom Stratum Malpighi umgebenen Spitzen der Papillen. Das Lumen der Papillargefäfse ist erweitert, die

Endothelien sind geschwollen, ihre Perithelien sind verdickt und von Bindegewebszellen der beschriebenen Art umgeben. Die in der Tiefe der Cutis, ungefähr in der Höhe der Schweifsdrüsenknäuel gelegenen Gefäfse zeigen Verdickung der Gefäfswand und ödematöse Durchtränkung derselben. Im Innern des Lumens sieht man eine Menge abgestofsener und gequollener Endothelien. Die Tunica elastic. int. et ext. sind deutlich erhalten. An den Schweifsdrüsenknäueln ist besonderes nicht zu bemerken. Sowohl im Degenerationsherd selbst als in dessen näherer und weiterer Umgebung (Infiltrationszone) ist braunrot gefärbtes, körniges, amorphes Pigment in gröfserer Menge vorhanden. In dem vorigen Präparat ist dasselbe hellgelblich gefärbt, scheint also dem Blute zu entstammen.

III. Färbung mit saurem Orcein:

1. 80%iger Alkohol,
2. Saures Orcein, eine Nacht,
3. Alkoh. absol.,
4. Ol bergamott,
5. Balsam.

Um den orceinfarbenen Herd herum ist ein deutlich ausgeprägtes, feines, elastisches Fasernetz sichtbar. Dieses sendet Äste in den Herd hinein, welche zum Teil parallel mit den beschriebenen Balken des Herdes verlaufen, welch letztere die Dicke der elastischen Fasern mindestens um das Vier- bis Sechsfache übertreffen. Über dem Degenerationsherd sind im Stratum Malpighi die Epithelfasern deutlich erhalten. Der Herd selbst nimmt, namentlich in dem unteren Teile, saures Orcein an, jedoch nicht in so intensivem Grade, wie die elastischen Fasern der Umgebung. Es scheint also eine Beziehung der Faserbalken zu den elastischen Fasern zu bestehen, zumal letztere beim Eindringen meist parallel mit den ersteren verlaufen. Die elastischen Fasern, die übrigens nur spärlich im Herde nachzuweisen sind, scheinen nach dem Eindringen in denselben anzuschwellen; denn sie sind viel dicker und gestreckter wie die der Umgebung. Die Wechselbeziehung der elastischen Fasern zu den Balken ist allem Anscheine nach eine derartige, dafs die Substanz der ersteren nach ihrer Auflösung sich letzteren beimischt, so dafs der ganze Herd schliefslich eine Neigung hat, saures Orcein, wenn auch in geringerer Intensität als elastisches Gewebe, aufzunehmen. Diese Auffassung stimmt auch mit den Beobachtungen nach der unter No. IV beschriebenen Methode überein. Der pathologische Prozefs scheint also der Kollastinbildung nahe verwandt zu sein. Dadurch wird es vielleicht auch erklärlich, weshalb bei der vorigen Färbung mit neutralem Orceïn die Balken, die im allgemeinen keine grofse Affinität zu diesem Farbstoff zeigen, in dem unteren Teil sich dennoch mit neutralem Orcein färben, wahrscheinlich, weil die degenerierten Bindegewebs-

fasern aufgelöstes Elastin aufgenommen haben. (Siehe Färbung unter No. VI mit Wasserblau-Orcein.)

IV. Färbung nach van Gieson:

1. Hämatoxylin, etwa 5 Minuten,
2. Wasser,
3. van Gieson, eben durchziehen,
4. Wasser,
5. 80%iger Alkohol,
6. Alkoh. absol.,
7. Ol. bergamott.,
8. Balsam.

Das Stratum Malpighi zeigt deutlich ausgeprägte Epithelfaserung, die scharf dort abschliefst, wo bei der Färbung mit Polychrommethylenblau die untere, dunkelblau gefärbte Schicht in die weniger blau gefärbte Subcorneale übergeht. Die Fasern des Degenerationsherdes haben ebenso wie das Kollagen der Umgebung das Säurefuchsin aufgenommen.

V. Färbung mit Orcein-Säurefuchsin:

1. 80%iger Alkohol,
2. Farbe, 12—24 Stunden,

   Die Farbe besteht aus:

Orcein	1,0
Säurefuchsin	0,1
Alkoh. absol.	60,0
Glycerin	10,0
Aq. dest. ad.	100,0
Acid. hydrochl.	2,0

3. Leitungswasser,
4. Salzsäure-Alkohol,
5. Ol. bergamott.
6. Balsam.

Die elastischen Fasern im Herde selbst sind ganz vereinzelt zu sehen, in der Umgebung des Herdes dagegen scharf ausgeprägt. Die degenerierten Balken haben, wie im vorigen Präparat, Fuchsin aufgenommen.

VI. Färbung mit Wasserblau-Orcein:

1. 80%iger Alkohol,
2. Farbe, 12 Stunden, event. eine Nacht,

   Die Farbe besteht aus:

Orcein	1,0
Wasserblau	0,25
Alkoh. absol.	69,0
Glycerin	10,0
Aq. dest. ad.	100,0

3. Alkoh. absol.,
4. Salzsaurer Alkohol, 1%, eine Minute,
5. Ol. bergamott.,
6. Balsam.

In der Umgebung des Herdes ist ein deutlich ausgeprägtes elastisches Fasernetz vorhanden, welches namentlich in dem unteren Teile des Herdes Fasern in das Innere desselben sendet. In der Mitte des letzteren sind kaum elastische Fasern nachzuweisen. Die in den Herd eintretenden Fasern behalten eine kurze Strecke ihre braune Farbe bei, schwellen jedoch ziemlich an. Dann bemerkt man, wenn man durch verschiedene Einstellung der Mikrometerschraube die Faser weiter in das Innere des Herdes hinein verfolgt, dafs die Affinität für Orcein immer mehr abnimmt, und dafs schliefslich nur noch einzelne Punkte der Faser gefärbt erscheinen. Man sieht dann bei Ölimmersion im Verlaufe der Faser eine Reihe von braun gefärbten Körnern in der sonst farblosen Faser, die allmählich dann auch schwinden, so dafs schliefslich nur noch ein Schatten übrig bleibt. Dieser geht über in das erwähnte Balkensystem. Ob die vielen, bei nicht mit Orcein vorbehandelten Schnitten vorhandenen, stark lichtbrechenden Punkte der Balken identisch sind mit diesen Körnern, habe ich noch nicht untersucht. Die Körnerbildung ist namentlich scharf ausgeprägt im unteren Teil des Degenerationsherdes, der infolgedessen schon bei schwacher Vergröfserung einen bräunlichen Farbenton erkennen läfst im Gegensatz zum übrigen Teil, der mehr Wasserblau aufgenommen hat, ebenso wie das normale Kollagen der Umgebung.

Fragen wir nun nach der Ursache dieser interessanten Affektion, dieser eigentümlichen Degeneration in der Cutis, so kommen in Betracht:

1. mechanische Ursachen (Stiefeldruck, Reibung etc.),
2. chemische Ursachen,
3. physikalische Ursachen (Röntgenstrahlen),
4. infektiöse Ursachen,
5. essentielle (idiopathische) Ursachen (senile Degeneration).

Von den ersten vier war anamnestisch nichts zu eruieren, da ja auf die Angaben des Patienten von vornherein nichts zu geben war. Zunächst lag bei dem sonderbaren Befund der beim Menschen bezw. beim Tier von mir noch nie gesehenen Fasern der Gedanke nahe, eine künstliche Hervorrufung des Zustandes seitens des Patienten anzunehmen. Bis heute sind jedoch weder mechanisch noch chemisch wirkende Mittel bekannt, die im stande wären, eine teilweise Auflösung des elastischen Gewebes an circumskripter Stelle unter der Epidermis hervorzurufen. Auch das histologische und das klinische Bild ist ein derartiges, dafs eine artifizielle Hervorrufung der Knötchen bezw. Streifen ausgeschlossen ist. Zunächst waren die Knötchen von so geringem Umfange und so zahlreich vorhanden, dafs eine mechanisch absichtlich herbeigeführte Hervorrufung der Knötchen ausgeschlossen war. Eine Einspritzung einer das Kollagen

verdickenden und verhärtenden Substanz, welche zugleich Elastin auflösen mußte, ist deswegen nicht möglich, da diese sicher die widerstandsloseren Zellen im Bereiche der Einspritzung, also der eigentlichen Knötchenbildung aufgelöst hätte. Aber es zeigen sich im Gegenteil in dem Degenerationsherd zahlreiche Zellhaufen meist in Reihen angeordnet und dem Verlauf der degenerierten Fasern folgend, zum Teil leidlich erhalten, zum Teil jedoch zu unregelmäßig geformten Zellen, hier und da sogar zu amorphen Körnchen degeneriert. Eine Ätzung von außen erscheint sicher als ausgeschlossen, da keine Verletzung des Epithels zu konstatieren ist.

Am nächsten liegt es, eine infektiöse Ursache anzunehmen. Infektiöse Erkrankungen kennen wir eine ganze Reihe, bei denen das Elastin aufgelöst wird. Ich erinnere nur an die Tuberkelbacillen, die in ihrem Bereich einen vollständigen Schwund des elastischen und fibrösen Gewebes bewirken, an deren Stelle dann das spezifisch tuberkulöse Gewebe mit seinen lymphoiden, epitheloiden und Riesenzellen tritt. Natürlich ist diese Affektion von der vorliegenden ganz verschieden. Ob in diesem Falle Patient sich eines vielleicht infektiösen Mittels zur Herbeiführung des Zustandes bedient hat, ist vorerst nicht zu eruieren, jedoch unwahrscheinlich. Was sofort in die Augen fällt, ist der, wie Patient sagt, in einem bestimmten Cyklus (drei bis vier Wochen) wiederkehrende akute Charakter der Hautaffektion. Aus dem Umstande jedoch, daß diese akute Verschlimmerung ausblieb, als das Bein in Gips lag, ferner aus dem Umstande, daß eines Morgens der Gips und die Gipsbinden am medialen Fußrande in einer geraden Linie von der Ferse bis über die Mitte des Fußrandes hin wie mit einem Messer bis auf die Haut durchschnitten waren, und im Bereiche dieses Schnittes sich neue Pusteln befanden, sodann aus dem Umstande, daß die am 25. Februar 1902 entstandenen Pusteln in der Mitte schwarze punktförmige Vertiefungen zeigten (siehe Tafel, Fig. 3), abgesehen von der erwiesenen und schließlich zugestandenen Simulation bezüglich der Anästhesie am rechten Unterschenkel, geht hervor, daß der rezidivierende akute Zustand durch artefizielle Reizung herbeigeführt ist. Dabei kann ja die eigentliche Knötchenaffektion von vornherein bestanden haben, vielleicht ohne daß Patient etwas davon wußte, obschon mir dieses unwahrscheinlich ist. Vermutlich hat er die Knötchen gekannt und dieselben nach dem Umschlagen des Fußes am 3. Jan. 1901 als Ausgangspunkt für seine weiteren Absichten benutzt.

Jedenfalls ist die Frage, auf die es seitens der Berufsgenossenschaft ankam, ob die Erkrankung mit dem betreffenden zur Zeit erlittenen Unfall in ätiologischem Zusammenhang stände, auf alle Fälle und durchaus zu verneinen, da bis dato eine derartige Erkrankung im Zusammenhang mit einer Verletzung noch nicht beobachtet, ja, die Krankheit überhaupt bis heute noch nicht beobachtet, andererseits meiner Überzeugung nach als

Folge einer Verletzung nicht aufzufassen ist. Wie sollte das Umschlagen eines Fuſses mit derartigen zahlreichen, circumskripten Herden bezw. Knötchen mit teilweisem Schwund der elastischen Fasern sowie stärkerer Lichtbrechung des entarteten Bindegewebes antworten? Wie Patient meinte, wäre der schlimme Zustand durch chemische, giftige Stoffe hervorgerufen, die in die kleine entstandene Wunde eingedrungen seien. Es ist ja möglich, daſs eine giftige chemische Substanz in die Wunde gelangt ist und eine Dermatitis mit Ödem bis zum Knie reichend hervorgerufen hat, wie der Patient den Zustand (siehe Gutachten) schildert. Aber soweit wir bis heute die toxischen Erkrankungen (toxische Erythantheme, toxische Ödeme, papulöse und circinäre Affektionen) kennen, gehen dieselben nach Aussetzen des Mittels vorüber. Rezidivierende Pustelbildung, alle drei bis vier Wochen eintretend, ist jedoch noch nicht als Folge der Einwirkung irgend einer chemischen Substanz beobachtet. Chemische Mittel, die bei unverletzter Epidermis einen Schwund der elastischen Fasern mit Verhärtung und Degeneration des Bindegewebes herbeiführen, sind meines Wissens bis heute auch noch nicht bekannt.

Eine Erwerbsunfähigkeit des Patienten durch die beschriebene Bildung von Knötchen und Streifen, die überdies durch Ruhigstellung des Fuſses und unter indifferenter Salbenbehandlung in die erweichten oberflächlichen Epidermismassen traten und schwanden, ist sicherlich ausgeschlossen. Was den Patienten bewogen hat (er hat eine ganze Zeitlang volle Rente bekommen) seine Ansprüche auf völlige Erwerbsunfähigkeit mit einer bewundernswerten Energie geltend zu machen, war sicherlich nicht die schmerzlose Knötchenbildung, sondern die akute periodische Verschlimmerung des Fuſses, die, wie ich glaube nachgewiesen zu haben, artefizieller Natur war, vom Patienten selbst herbeigeführt. Aber selbst im äuſsersten Falle angenommen, die Knötchenbildung wäre hervorgerufen worden durch das Eindringen irgend eines schädlichen, bis heute nicht bekannten Agens, so wäre dieselbe bezüglich der Funktion des betreffenden Fuſses (Patient konnte schlieſslich den Fuſs schmerzlos bewegen, ohne Schmerz zu spüren, aufstoſsen) so gering anzuschlagen, daſs von der Bewilligung irgend einer Rente sicherlich abgesehen werden muſste. Wie mir das Reichsversicherungsamt mitteilte, ist auch in letzter Instanz in diesem Sinne entschieden worden.

Fassen wir nun zum Schlusse das klinische und histologische Bild vom rein dermatologisch-wissenschaftlichen Standpunkte zusammen, wobei ich von der erwähnten akuten, artefiziellen Reizung des Zustandes absehe, so haben wir eine bisher meines Wissens noch nicht beobachtete, auf einen Fuſs lokalisierte Knötchen- bezw. Streifenbildung unter einer etwas ödematösen Epidermis, deren Leisten über dem Knötchen zu einer einheitlichen Scheibe zusammengeflossen sind (s. Abbild. 4 A). Diese Knötchen bezw.

Streifen bestehen mikroskopisch aus verdickten, gequollenen, degenerierten, stark lichtbrechenden (s. Abbild. 4 D) und gekörnten Fasern bezw. Balken, welche nicht, wie das normale Bindegewebe der Umgebung, in gewellten, sondern in geraden Linien verlaufen. Diese geradlinig verlaufenden Längsbalken schliefsen zwischen sich ein polygonale Felder von quergetroffenen, stark lichtbrechenden (s. Abbild. 4 D) Balken. Im ganzen Bereiche des Degenerationsherdes hat ein teilweiser Schwund der elastischen Fasern stattgefunden, was daraus erhellt, dafs dieselben in den mit saurem Orcein behandelten Schnitten zum Teil fehlen, während in den mit Wasserblau-Orcein gefärbten Präparaten ganz spärlich elastische Fasern im Degenerationsherd nachzuweisen sind. Die hierselbst erhaltenen elastischen Fasern sind im Zustande der Quellung, des körnigen Zerfalls und der Auflösung begriffen und verlaufen zum gröfsten Teil parallel mit den stark lichtbrechenden Balken. Dort, wo dieselben aus der Umgebung des Herdes in diesen übergehen, namentlich in den Wasserblau-Orceinpräparaten, wird ihre Aufnahmefähigkeit für Orcein immer geringer. Sie werden gekörnt, d. h. die Färbung mit Orcein findet nur an bestimmten Punkten der Faser statt, und letztere geht schliefslich auf in das erwähnte Balkensystem. Dieses nimmt saures Orcein, wenn auch nicht in so intensiver Weise wie die elastischen Fasern, auf, neutrales jedoch nur stellenweise. Bei der gleichzeitigen Behandlung mit Orcein und Wasserblau zeigt es hauptsächlich Affinität zum Wasserblau, wenn auch nicht in der Weise wie das umgebende Bindegewebe. Die Balken selbst weisen beim Zerzupfen eine beträchtliche Härte bezw. Sprödigkeit auf. Interessant ist die starke Lichtbrechung der Balken und das beschriebene Phänomen, dafs der Degenerationsherd hell wie ein silberner See inmitten dunkler Umgebung aufleuchtet, sobald man die Hand oder ein Buch schräg vor den Spiegel hält.

Dicht um die beschriebenen Knötchen befindet sich ein gut erhaltenes elastisches Fasernetz und eine Zone entzündlicher Reizung ohne Emigration weifser Blutkörperchen. Diese unmittelbar sich anschliefsende Zone besteht aus Zellen der verschiedensten Form ohne Erhaltung der genaueren Protoplasma- und Kernstruktur. Die Zellen senken sich zum Teil in das Innere des Herdes hinein und legen sich häufig mit ihrem Längsdurchmesser den beschriebenen Balken an.

Dieser Zone schliefst sich nach aufsen eine zweite an, die hauptsächlich aus Plasmazellen besteht, die allerdings ebenso wie hier und da vorhandene Kugelzellen in Zerfall begriffen sind. Dann folgt das wellige Bindegewebe der normalen Umgebung.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

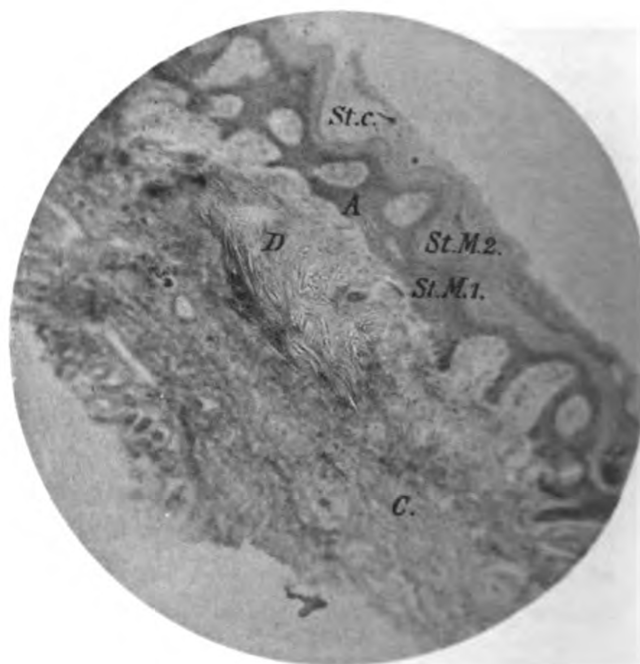


Fig. 4.

Dr. Dreuw, phot.

Graph. Inst. Julius Klinkhardt, Leipzi..

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg.

Tafelerklärung.

Fig. 1. Vergl. S. 631. — *Fig. 2.* Vergl. S. 632. — *Fig. 3.* Vergl. S. 633. — *Fig. 4.* Vergl. S. 635.

St. c. Stratum corneum.

St. M., 1. Stratum MALPIGHI, untere mit Polychrom-Methylenblau sich dunkel färbende Schicht.

St. M., 2. Subcorneale, sich hell färbende Schicht.

D. Degenerationsherd.

C. Weifsliches Collagen der Umgebung.

A. Über dem Herde ist der Schwund der Papillen deutlich sichtbar. Seitlich davon sind dieselben gut erhalten.

Aus der dermatologischen Klinik von Prof. WELANDER am Krankenhause St. Göran in Stockholm.

Ein neuer Coccus, unter eigenartigen Umständen auf der Haut angetroffen.

Von

Dr. CARL CRONQUIST-Norrköping, Schweden.
Ehemaliger Assistent am Krankenhause St. Göran in Stockholm.

Mit einer Abbildung im Text.

Von der ersten Zeit ab, da Herr Prof. WELANDER am Krankenhause St. Göran die weichen Schanker mit feuchter Wärme (von ca. 41 ° C.) zu behandeln anfing, hatte er beobachtet, dafs die Heilung einzelner dieser Geschwüre nicht in der bei der Anwendung dieser Methode gewöhnlich zu beobachtenden und für dieselbe als typisch anzusehenden Weise verlief. Vor der Behandlung zeigen diese später so weit von der Mehrzahl abweichenden Geschwüre keine besonderen Merkmale, die sie von den übrigen „typisch“ verlaufenden unterscheiden. Die Technik der Behandlung ist immer dieselbe gewesen, so dafs auch diese den Unterschied gar nicht bedingen konnte.

Obgleich es eigentlich nicht im Rahmen dieses Aufsatzes fällt, scheint es mir doch nicht unbefugt, hier die Differenz der genannten beiden Geschwürsarten kurz zu skizzieren. Des näheren über die Behandlungsmethode siehe die Mitteilungen Prof. WELANDERS in *Nord. med. Archiv*, 1893, No. 20 und *Wien. klin. Rundschau*, 1895, No. 9 u. 10.

Alle Geschwüre, mit der betreffenden Methode behandelt, werden in zwei bis drei Tagen völlig avirulent, vorausgesetzt, dafs sie so sitzen, dafs die Wärme während der ganzen Zeit auf sie direkt und gut einwirken

kann; und heilen die Geschwüre danach unter Behandlung mit irgend einem indifferenten Pulver, z. B. Dermatol.

Die meisten Geschwüre nun nehmen während der Wärmebehandlung, oft sehr schnell (binnen 24 Stunden), ein frisches, rotes Aussehen an, und die Geschwürsfläche wird mit einer dünnen Schicht feinster, hellroter, leicht blutender Granulationen bedeckt. Ein geringer Teil der Geschwüre (die Prozentzahl ist nicht zu ermitteln, da infolge mangelnder Aufzeichnungen in dieser Hinsicht keine statistischen Forschungen betrieben werden können) bietet aber diese frisch granulierende Oberfläche niemals dar, wenn auch die Behandlung vier bis fünf Tage lang fortgesetzt wird, sei der Verband auch noch so sorgfältig angelegt und die Geschwüre noch so günstig situiert, so daſs die feuchte Wärme während der ganzen Behandlungsdauer auf sie ihre volle Wirkung entfalten kann. Diese nämlichen Geschwüre bekommen und behalten vielmehr eine ausgesprochene graue Farbe bei, weshalb sie auch seit jeher im Krankenhause St. Göran mit dem Namen „graue Geschwüre“ bezeichnet wurden. Die graue Farbe wird bedingt durch eine an der Geschwürsfläche gewöhnlich sehr fest anhaftende Membran, dessen Loslösung geringe Blutung zur Folge hat. Unter Jodoformbehandlung schwindet diese Membran in zwei bis drei Tagen und läſst eine frische, rote Geschwürsfläche hervortreten, während sie mit der Wärmebehandlung überhaupt nicht zu entfernen ist.

Es lag nahe, anzunehmen, daſs diese charakteristischen Geschwüre einem gemeinschaftlichen ätiologischen Momente ihre Entstehung verdankten, eine Ansicht, die Prof. WELANDER mehrmals ausgesprochen; er hat auch zu verschiedenen Zeiten die Aufmerksamkeit seiner Assistenten auf diese Frage zu lenken gesucht. Da doch bisher in dieser Richtung keine Untersuchungen ausgeführt worden waren, so nahm ich im Herbste 1901 vor, an den bezüglichen Geschwüren einige bakteriologische Untersuchungen anzustellen. Freilich fand ich dabei gar nicht das, was ich zu finden suchte, die Ätiologie der „grauen“ Geschwüre, weshalb ich auch unterlasse, über die diesbezüglichen Untersuchungen hier ausführlicher zu berichten. Dennoch habe ich die Frage bei dieser Gelegenheit nicht ganz unerwähnt lassen wollen, in der Hoffnung, daſs andere Untersucher, mit der Wärmebehandlung nach WELANDER vertraut, bessere Resultate zu erzielen vermögen wie ich.

Ganz ohne Resultate waren aber meine Untersuchungen nicht. Nach und nach wurden sie in andere Bahnen geleitet und führten so zum Antreffen eines unter eigentümlichen Verhältnissen auf der Haut vorkommenden, soweit ich habe finden können, nicht vorher beschriebenen Coccus. Diese Untersuchungen nebst einer möglichst genauen Beschreibung des von mir gefundenen Coccus werden hier mitgeteilt.

Mein erster Fall betraf einen weichen Schanker, der nach zweitägiger Behandlung mit feuchter Wärme nach WELANDER einen sehr deutlichen grauen Belag darbot. Vom Geschwüre wurde ein Agarröhrchen geimpft und in den Wärmeschrank hingestellt. Am folgenden Tage zeigte es sich, das die Temperatur, da genügende Regulierung des Thermostates noch nicht erreicht war, bis 41 ° C. gestiegen war, eine Temperatur, die sich später als Optimum für den Coccus herausstellte, weshalb ich auch nachher fast ausschliefslich mit dieser Temperatur gearbeitet habe. Im Agarröhrchen hatte sich eine Reihe dichtgedrängter, grauer Kolonien von mittelgrofsen Diplokokken entwickelt, die sich mit der GRAMschen Färbemethode[1] schnell entfärbten. Die folgenden Tage und Wochen ergaben manche meist kulturellen Eigentümlichkeiten, die mich vermuten liefsen, dafs es sich um eine besondere, vorher nicht beschriebene Kokkengattung handelte, ein Annehmen, dem fortgesetzte Untersuchungen nicht widersprochen haben.

Beschreibung des Coccus.

I. Morphologie.

Von einer frischen (24 Stunden alten) Agarkultur genommen zeigen sich die Kokken als schön „semmel"-förmige Diplokokken, etwa von der Gröfse des Gonococcus. Sie liegen im allgemeinen unregelmäfsig zerstreut, zuweilen zu zweien oder vieren vereinigt oder auch einigemal in kurzen Ketten gereiht. Sie färben sich mit gewöhnlichem Methylenblau ziemlich schlecht; UNNAS polychromes Methylenblau dagegen gibt sehr schöne Bilder. Nach GRAM entfärben sie sich, wie oben erwähnt, schnell und nehmen danach sehr gut Safranin auf.

Nebst der genannten Hauptform nimmt man auch sehr zahlreiche Elemente in der Teilungsface wahr. Diese sind etwa doppelt gröfser wie die Grundform, etwas langgestreckter in der Richtung senkrecht zur medianen Spalte und viel intensiver als die übrigen gefärbt.

---

[1] Hierbei einige kurze Bemerkungen über die Färbetechnik bei der GRAMschen Methode.

Die Gentianaviolett-Anilinwasserlösung wurde hergestellt von 10 Teilen konzentrierter (kalt gesättigter) Lösung von Gentianaviolett (GRÜBLER) in absolutem Alkohol und 100 Teilen frisch zubereiteten Anilinwassers (3 ccm Anilinöl, 100 ccm destilliertes Wasser). Die Jodjodkaliilösung LUGOLS: Jod. pur. 1, Kalium jodat. 2, Aq. dest. 300.

Die Färbung habe ich, hauptsächlich nach JUNDELL (10), folgendermafsen ausgeführt: Anilingentiana 15 Sek., Spülung in Wasser, Abtupfen mit Fliefspapier, 8 Lugolüberspülungen, danach direkt Spülung mit absolutem Alkohol während 30 Sek., Abspülen in Wasser, Abtupfen.

Zur Nachfärbung habe ich fast ausschliefslich Safranin [nach der Empfehlung ANTONIS (1)] angewandt, welcher Farbstoff sich zu diesem Zwecke sehr gut bewährt hat. Die Farblösung wurde von 10 Teilen konzentrierter alkoholischer Lösung auf 100 Teilen Wasser bereitet. Färbung $1^1/_2$ Minuten lang mit nachfolgender ausgiebiger Abspülung.

Noch eine dritte Form kommt aber vor, wenngleich in sehr geringer Anzahl; es sind dies lange, geschlängelte Filamente ohne eine Spur von Gliederung, in Länge 20—30—50 Normalkokkenpaaren und noch mehr gleichkommend. Sie sind meistens viel heller gefärbt als der Normaltypus.

In hangendem Tropfen wird die Morphologie des Coccus sehr deutlich wahrgenommen. Die Spalte zwischen den beiden Hälften eines jeden Diplokokkenpaares tritt als finsterer Saum gegen den stark lichtbrechenden Bakterienkörper hervor.

Der Coccus ist durchaus immobil.

In 48 Stunden alten Kulturen nimmt man schon beginnende Altersveränderungen wahr. Die Kokken werden etwas gröſser und plumper und nehmen die Farbstoffe weniger reichlich und homogen auf. Mit zunehmendem Alter werden diese Erscheinungen noch mehr ausgeprägt.

Die Formen und Tinktionsverhältnisse der Kokken, auf anderen Nährböden gezüchtet, weichen nicht wesentlich von den vorher beschriebenen ab; nur daſs die Einzelelemente an Serum, Kartoffel und Glykoseagar ein wenig gröſser erscheinen.

Mag man den Coccus auch mehrere Monate hindurch züchten und dabei verschiedene Nährböden alternierend verwenden, mag man ihn auch noch so lange veralten lassen, so daſs er an Eintrocknen sein Leben beinahe einbüſst, bei jeder frischen Überimpfung kommt doch immer dieselbe ursprüngliche Form mit ihren charakteristischen tinktoriellen sowie kulturellen Eigenschaften wieder zum Vorschein.

II. Kulturen.

A. Agar.

(Von Rindfleisch-Bouillon mit $^1/_2$ % NaCl, 1 % Pepton [Witte] und $1^1/_2$ % Agar-agar zubereitet.)

1. Strichkultur.

Auf diesem Nährboden wächst der Coccus bei Zimmertemperatur ziemlich langsam; erst nach 48 Stunden zeigt sich ein schmaler, unregelmäſsiger Strich. Bei 37 ° C. wächst er sehr gut und gibt schon nach 16 bis 20 Stunden einen breiten Strich von grauer Farbe, der in den nächsten 24 Stunden (bei Zimmertemperatur oder im Thermostat) an Breite zunimmt, während die Farbe mehr ins Weiſsgraue übergeht. Bei fortgesetzter Kultivierung bei 37 ° C. wird der weiſse Farbenton noch ein wenig ausgesprochener. Keine weiteren Farbenveränderungen, weder totale noch partielle, werden in der Folge wahrgenommen, mögen die Kulturen bei Zimmertemperatur oder im Thermostate gehalten sein.

Die Entwicklung geht bei 40—41 ° C. noch ein wenig rascher als bei 37 °. Bei 44—45 ° gedeiht der Coccus schon viel schlechter; bei 48 ° findet gar kein Wachstum statt.

Bei 40—41 ° C. erreicht die Entwicklung nach 48—72 Stunden ihr Maximum. Der weiſse Farbenton tritt bei dieser Temperatur vielleicht ein wenig deutlicher ins Auge als bei 37 °. Werden die Kulturen fortwährend bei 40—41 ° C. gehalten, beginnen die Ränder weniger scharf zu werden; dabei werden die Randpartien des Kulturstriches der Länge des Striches nach eigentümlich zart gefaltet oder gewellt. Diese Veränderungen werden nicht in demselben Grade an den 37 °-Kulturen wahrgenommen und kommen bei Zimmertemperatur nur andeutungsweise zur Entwicklung. In letzterem Falle behalten die Kulturen auch ihre scharfe Begrenzung für immer bei.

Die Kulturen zeigen eine sehr ausgesprochene Viskosität, die mit zunehmendem Alter deutlicher wird.

Mit der Zeit wird die Oberfläche der Kultur zerstreut granuliert. Die Granula erreichen kaum Stecknadelkopfgröſse und weichen in der Farbe nicht von der übrigen Kultur ab. Isolierte Überimpfungen von diesen Granulis sind nicht vorgenommen.

Bei Zimmertemperatur bleiben die Kulturen monatelang am Leben, wahrscheinlich bis zum Eintrocknen; bei 41 ° C. sterben sie schon nach fünf Tagen ab. Die Konsistenz ist dann, bei einer anscheinend noch feucht glänzenden Oberfläche, trocken pastös.

Der Coccus gedeiht ebenso gut auf saurem wie auf alkalischem Agar.

Die Morphologie der Kokken im Kondenswasser weicht von dem vorher geschilderten Typus nicht ab.

2. Stichkultur.

Gar keine Entwicklung längs dem Impfstiche. An der Oberfläche ein rasch sich entwickelndes Kulturhäutchen. Weiter nichts von Interesse. (41 ° C.)

B. Glykos-Agar.

(Destilliertes Wasser 1000 g, Agar-Agar 15 g, Pepton [Witte] 20 g, Traubenzucker 50 g).[2]

Bei 37 ° C. entwickelt sich in 24 Stunden nur ein dünner schmaler Strich von graulicher Farbe. Nach 48 Stunden ist der Strich nicht viel breiter, aber ziemlich dick geworden, und dessen Ränder sind über den Mittenpartien deutlich erhaben. Die Farbe des Striches ist jetzt beinahe milchweiſs. Der Strich wird in der Folge nicht mächtiger. Im Bereiche des Kulturstriches wird der Nährboden diffus milchig getrübt.

Bei 40—41 ° C. geht die Entwicklung ein wenig langsamer von statten.

[2] Nach Cedercreutz. (7).

C. Gelatine.

(Von Rindfleischbouillon mit 1/2 % Kochsalz, 1 % Pepton [WITTE] und 10 % Gelatine zubereitet.)

Diese Kulturen wurden meist bei ca. 19 ° C. gehalten.

1. Stichkultur.

Sehr geringe Entwicklung in Form feinster Körnchen längs dem Stichkanal. An der Einstichsöffnung bildet sich in wenigen Tagen ein kleines weifsgraues Pünktchen, das sich nach und nach als dünnes Häutchen mit gezacktem Rande über die ganze Oberfläche der Gelatinemasse verbreitet. Nach ca. 14 Tagen bemerkt man unter der Mitte des oberflächlichen Kulturhäutchens ein kleines Tröpfchen verflüssigter Gelatine, das das Häutchen ein wenig emporhebt. Unter dem Häutchen sieht man jetzt, wenn man das Röhrchen gegen das Licht hält, eine dünne, durchsichtige Schicht von grünlichgelbem Farbenton (in Verflüssigung begriffene Gelatine), welche trichterförmig in den Stichkanal übergeht. In der Spitze des Trichters liegen einige krümelige Massen von schmutzig gelbweifser Farbe. In eben derselben Ebene wird eine die ganze Dicke der Gelatinemasse einnehmende, in durchfallendem Lichte weifse, wolkige Trübung von 3—4 mm Höhe wahrgenommen (s. die Abbildung). Die Verflüssigung schreitet langsam fort; die wolkige Trübung wird allmählich dichter und nimmt an Höhe zu. Nach ca. 30 Tagen ist die Verflüssigung so weit gediehen, dafs unter dem fortwährend an der Oberfläche schwimmenden Kulturhäutchen eine Flüssigkeitsschicht von 1 cm Höhe sich befindet, die sich mit scharfer horizontaler Grenze gegen die wolkige Trübung absetzt. Bei niederer Temperatur spielen sich diese Vorgänge entsprechend langsamer ab, so dafs z. B. bei ca. 15—16 ° C. die ersten Spuren der Liquefaktion sich zuerst nach drei Monaten zeigen.



Gelatine-Stichkultur.

Die Kultur ist nicht in durchfallendem, sondern in auffallendem Lichte abgezeichnet, weshalb die wolkige Trübung dunkel statt glänzend weifs hervortritt.

2. Plattenkultur.

In 24 Stunden Entwicklung kleinster tiefer und etwas gröfserer Oberflächenkolonien. Die tiefen Kolonien zeigen sehr scharfe Ränder und sind gleichmäfsig fein granuliert. Die oberflächlichen haben einen etwa doppelt gröfseren Diameter als die tiefen erreicht und sind etwas heller anzusehen; der Rand ist scharf aber unregelmäfsig ausgebuchtet.

Nach zwei Tagen zeigen die Ränder der tiefen Kolonien zerstreute eckige Prominenzen, welche der Oberfläche etwa das Aussehen eines Ziegeldaches verleihen. Weitere 24 Stunden geben ihnen eine Form, die lebhaft an Maulbeeren erinnert, indem die Prominenzen an Zahl bedeutend zunehmen und mehr abgerundete Konturen bekommen. Als Ganzes wachsen nachher die Kolonien nur wenig. Während den nächsten Tagen vergröſsern sich aber die Oberflächenhöcker langsam; die Maulbeerenform bleibt indessen unverändert. Am zehnten bis zwölften Tage nach der Impfung beginnen die Höcker wie aufgeblättert zu erscheinen. Weitere Beobachtungen werden durch eine ausgedehnte, von den oberflächlichen Kolonien ausgehende Verflüssigung der Gelatine erschwert.

Die oberflächlichen Kolonien entwickeln sich weiter, ohne bedeutende unter dem Mikroskop wahrnehmbare Veränderungen. Deren Umfang vermehrt sich viel schneller als die der tiefen Kolonien, und die Gröſsenzunahme fährt immer fort. Etwa am fünften bis sechsten Tage zeigt sich in der Umgebung jeder einzelnen der Oberflächenkolonien eine weiſse wolkige Trübung, die allmählich dichter wird, bis schlieſslich eine umfangreiche Verflüssigung des Nährbodens eintritt, die weitere Beobachtungen hindert.

D. Bouillon.

(Rindfleischbouillon mit 1/2 % NaCl und 1 % Pepton.)

In 24 Stunden (bei 41 ° C.) wird die Flüssigkeit diffus getrübt und hat einen weiſslichen Bodensatz abgesetzt. Nach zwei bis drei Tagen (bei derselben Temperatur) bildet sich an der Oberfläche ein allmählich sich verdichtendes Kulturhäutchen.

Der Coccus entwickelt sich ebenso gut in saurer wie in alkalischer Bouillon, vielleicht sogar in ersterer etwas besser, da hierbei das Oberflächenhäutchen etwas dicker wird.

Neutrale Bouillon zeigt nach drei Wochen schwache alkalische Reaktion, die später deutlicher, aber niemals sehr stark wird.

E. Serum.

Wachstum etwa wie auf Glykos-Agar; dünner, grauer, nicht auſser der mit der Platinöse bestrichenen Partie reichender Strich mit erhabenen Rändern. Die Farbe wird nach einigen Tagen mehr weiſslich. Quantitativ entwickelt sich die Kultur nicht mehr. (Züchtungstemperatur 41 ° C.)

F. Kartoffel.

Langsame Entwicklung bei Zimmertemperatur, reichliche und schnelle bei 37—41 ° C. als schmaler, aber sehr hoher Strich von gelbweiſser Farbe, die in den nächsten fünf bis sieben Tagen mehr ins Braungelbe übergeht. Diese Farbenveränderung scheint nicht, wenigstens nicht in

demselben Grade in Kulturen zu stande gekommen, die von vornherein bei Zimmertemperatur zur Entwicklung kamen. Die Oberfläche der Kulturen wird allmählich zerstreut granuliert.

G. Milch.

Wird nicht geronnen.

Die Kulturen, speziell aber die auf Agar, Gelatine und Bouillon entwickeln einen sehr widerlichen Geruch, etwa wie nach Heringslake.

III. Inokulation.

a) An Menschen.

Einreiben einer frischen Agarkultur in die Haut ruft gar keine Veränderung hervor.

Wenn man mit einer Lanzette einen Tropfen einer frischen Bouillonkultur unter die Haut einimpft, kommt am folgenden Tage nur eine unbedeutende Rötung zu stande, die aber sehr bald wieder verschwindet.

b) An Tieren.

Leider habe ich nur Gelegenheit gehabt, zwei solche anzustellen, die zwar beide negativ ausfielen. Die Versuche wurden während eines kürzeren Aufenthaltes in Stockholm im Herbste 1902 an der bakteriologischen Institution des dortigen Kgl. Karolinischen mediko-kirurgischen Instituts ausgeführt.

1. Meerschweinchen, Gewicht 734 g. Temperatur 38 ° C.

Am 9./X. 1902 mittags wurden 3 ccm einer 26-stündigen Bouillonkultur subcutan am Bauche injiziert.

Das Tier war die folgenden Tage frisch und munter, frafs und zeigte keinen Gewichtsverlust, keine Temperaturerhöhung. Die Injektionsstelle ohne Reaktion.

Am 14./X. wurde das Tier getötet und vom Blute Kulturen auf gewöhnlichem Agar, auf Agar mit Zusatz von Blutplasma und auf Bouillon angelegt. Alle fielen negativ aus.

2. Kaninchen, Gewicht 2060 g, Temperatur 38,5 ° C.

Am 9./X. 1902 mittags wurden 6 ccm einer 26-stündigen Bouillonkultur in die Ohrvene injiziert. — Keine Temperaturerhöhung. Kein Gewichtsverlust. Töten des Tieres am 14./X. Kulturen vom Blute auf den jüngst genannten Nährböden. Alle negativ.

Seitdem habe ich im ganzen 34 Fälle von weichem Schanker unter Wärmebehandlung untersucht. „Graue“ Geschwüre und solche mit „typischem“ Heilungsverlauf zeigten dabei hinsichtlich des Befundes meines Coccus keinen Unterschied, denn in fast allen Fällen konnte ich ihn ohne Schwierigkeit rein züchten.

Der gröſseren Übersichtlichkeit wegen habe ich diese Fälle, sowie einige Fälle von weichem Schanker, die anders behandelt wurden, wie auch einige Fälle von wärmebehandelten Geschwüren anderer Art tabellarisch zusammengestellt, und weise ich betreffs der näheren Details auf die Tabelle hin. In der Tabelle habe ich auch einige Fälle eingereiht, die nur bei der Aufnahme im Krankenhause untersucht wurden.

Als eine Hauptbedingung für positiven Erfolg der Züchtung möchte ich nur hervorheben, daſs die Geschwüre keinen eitrigen Belag darbieten dürfen. Ein Beispiel hiervon ist der Fall 54 (siehe die Tabelle); dasselbe deutet vielleicht der Fall 19 an. Ob es hierbei der Ducreysche Bacillus ist, der meinem Coccus den Platz strittig macht oder nur die banalen Eiterkokken, wage ich nicht zu entscheiden. Letztere waren zwar kulturell nachzuweisen; Inokulationen zur Bestätigung der Anwesenheit des Ducreyschen Bacillus habe ich aber nicht vorgenommen.

Die Untersuchungen wurden folgendermaſsen betrieben. Zuerst wurde vom frischen Geschwüre eine Kultur (41° C.) angelegt, die hinsichtlich meines Coccus stets negativ ausfiel. Meistens waren die Röhrchen völlig steril, oder es entwickelten sich einige kleine Kolonien von Staphylococcus pyog. aureus oder albus. Hiernach wurden die Geschwürsränder abgetragen, der Geschwürsgrund mit scharfem Löffel abgekratzt und die Wärmeröhrchen in gewöhnlicher Weise appliziert. Die folgenden zwei bis drei Tage wurde je ein Agarröhrchen mit Sekret vom Geschwüre geimpft. Bereits die nach 24-stündiger Wärmebehandlung angelegte Kultur zeigte nun in der Regel (nach 24 Stunden bei 41° C.) zerstreute „graue“ [3] Kolonien mit anderen untermischt. Weitere 24 Stunden vermehrten ihre Zahl, während andere Arten an Zahl abnahmen, und das am dritten Tage der Behandlung geimpfte Röhrchen entwickelte überwiegend „graue“ Kolonien; manchmal erhielt ich nach dieser Zeit sogar primäre Reinkultur, zuweilen auch noch früher. Die Reinzüchtung ist übrigens auch in den anderen Fällen sehr leicht. Entweder man erhält eine Anzahl distinkter Kolonien, unter denen man bei einiger Übung schon makroskopisch die „grauen“ von anderweitigen Zumischungen leicht unterscheidet; oder es hat sich in den Röhrchen eine ganze Reihe dichtgedrängter Kolonien entwickelt. Auch in diesem Falle bietet doch die Isolierung keine Schwierigkeiten, da wenigstens die Ränder der Kolonienreihe infolge des überaus reichlichen und raschen Wachstums meiner Kokken aus nur solchen bestehen. Plattenguſs ist mir niemals notwendig gewesen.

Nachdem die Wärmebehandlung ausgesetzt ist und die Geschwüre mit Jodoform oder Dermatol behandelt werden, verschwindet mein Coccus

---

[3] Ich nenne in der Folge die Kolonien meines Coccus der Kürze wegen schlechthin „graue“, da sie anfänglich durch diese Farbe gekennzeichnet sind.

Nummer des Falles	Name	Ulcus molle. Nur bei der Aufnahme untersucht. Negativ.	Initialsklerose. Nur bei der Aufnahme untersucht. Negativ.	Balanoposthitis. Nur bei der Aufnahme untersucht. Negativ.	Herpes genitalis. Nur bei der Aufnahme untersucht. Negativ.	Ulcus molle penis. Wärmebehandlung. Positiv.	Ulcus molle penis. Wärmebehandlung. Negativ.	Ulcus molle anderen Ortes. Wärmebehandlung. Negativ.	Ulcus molle penis. Phimosis. Heiße Spülungen. Negativ.	Ulcus molle penis. Jodoformbehandlung. Negativ.	Virulenter Bubo. Wärmebehandlung. Positiv.
1	P. Hj. H.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
2	J. A. J.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
2	G. J. S. A.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	A. T. J.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
5	K. F. F.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	G. J. S.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
7	F. M. G. H.	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
8	K.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
9	J. O. J. L.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	C. H. H.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
11	A. A. O.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	E. A. N.	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
13	K. L.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
14	K. J. R.	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
15	K. G. A.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
16	J. E. E.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
17	M. A. A.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
18	K. J. S.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
19	R. A. H. N.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	P. B. E.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	A. S.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
22	J. J. E. T.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
23	G. A. J.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
24	E. T. N.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
25	J. L.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
26	K. V. O.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27	E. K. A.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
28	K. A. H.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
29	K. V. T.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
30	C. F. E.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
31	K. A. Z.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
32	O. A. E. A.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
33	A. B.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
	Trsp.	5	1	2	1	19	1	1	1	—	—

Virulenter Bubo. Wärmebehandlung. Negativ.	Initialsklerose. Wärmebehandlung. Positiv.	Ulcera syphilitica cruris. Wärmebehandlung. Positiv.	Condylomata acuminata. Exstirpation. Wärmebehandlung. Positiv.	Bemerkungen
—	—	—	—	Primäre Reinkultur nach 48 Stunden.
—	—	—	—	Nur eine Kultur wurde angelegt, nach 24 Stunden Wärmebehandlung. Das Röhrchen blieb steril.
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
1	—	—	—	Nur eine Kultur wurde angelegt, nach 24 Stunden Wärmebehandlung. Staphylococcus pyog. aureus.
—	—	—	—	In dem am vierten Tage der Behandlung geimpften Röhrchen entwickelten sich nur mein Coccus und Bacillus pyocyan.
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	Nur eine Kultur, 24 Stunden nach dem Beginn der Wärmebehandlung. Patient hatte schon um Mitternacht Hitzbläschen an der Eichel bekommen, weshalb der Verband sogleich entfernt werden mufste.
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	Reinkultur konnte nicht erzielt werden, weil das primäre Röhrchen verloren ging.
—	—	—	—	
—	—	—	—	Das grosse Bubonengeschwür wurde unter der Wärmebehandlung nie rein; stark secernierende Gänge führten tief ins Gewebe hinein. Sie wurden später durch Spülungen mit heifsem Wasser geheilt; Kulturen während dieser Behandlung fielen ebenfalls negativ aus.
1	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	Primäre Reinkultur nach 48 Stunden der Behandlung.
—	—	—	—	
—	—	—	—	Primäre Reinkultur nach 48 Stunden der Behandlung.
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	Primäre Reinkultur nach 24 Stunden der Behandlung.
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	Kultur nach 24 Stunden ergab den Coccus nur mit Bacillus pyocyaneus vermischt.
—	—	—	—	
2	—	—	—	

Nummer des Falles	Name	Ulcus molle. Nur bei der Aufnahme untersucht. Negativ.	Initialsklerose. Nur bei der Aufnahme untersucht. Negativ.	Balanoposthitis. Nur bei der Aufnahme untersucht. Negativ.	Herpes genitalis. Nur bei der Aufnahme untersucht Negativ.	Ulcus molle penis. Wärmebehandlung. Positiv.	Ulcus molle penis. Wärmebehandlung. Negativ.	Ulcus molle anderen Ortes. Wärmebehandlung. Negativ.	Ulcus molle penis. Phimosis. Heiße Spülungen. Negativ.	Ulcus molle penis. Jodoformbehandlung. Negativ.	Virulenter Bubo. Wärmebehandlung. Positiv.
	Trsp.	5	1	2	1	19	1	1	1	—	—
34	D. K.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
35	F. R. L.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
36	J. O. L.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
37	J. E. B.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
38	A. G. Ø.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
39	O. O. D.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
40	S. A. O.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
41	J. A. P.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
42	O. V. N.	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
43	O. A.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
44	K. M. Å.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
45	K. G. B.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
46	J. G. C.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
47	K. O. L.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
48	K. J. P.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
49	K. A. S.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
50	E. J. L.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
51	A. A. A.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
52	A. G. H.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
53	A. H. J.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
54	K. J. J.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
55	E. W. S.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
56	A. R.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
57	K. E. A.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
58	K. H. K.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
59	K. A. F. N.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
60	A. E. P. W.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
61	E. J. J.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
62	J. J. M.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
63	S. E. L.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
64	G. H. T.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
65	K. L.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
	Total	13	2	3	1	33	1	1	3	2	2

Virulenter Bubo. Wärmebehandlung. Negativ.	Initialsklerose. Wärmebehandlung. Positiv.	Ulcera syphilitica cruris. Wärmebehandlung. Positiv.	Condylomata acuminata Exstirpation. Wärmebehandlung. Positiv.	Bemerkungen
2	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	Nach 72-stündlicher Wärmebehandlung primäre Reinkulturen vom Geschwüre wie vom Bubo.
—	—	—	—	Primäre Reinkultur nach 24-stündlicher Wärmebehandlung.
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	1	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	Primäre Reinkultur nach 24-stündlicher Wärmebehandlung.
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	Die Geschwüre hielten sich während der Wärmebehandlung drei Tage lang unrein, weil das Präputium sehr leicht über die Glans hinüberglitt; während dieser Zeit angelegte Kulturen entwickelten nur Staphylokokken. Erst am vierten Tage begannen die Geschwüre sich zu reinigen. Kulturversuch fiel jetzt positiv aus.
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	—	
—	—	—	1	Abkratzung der Warzen mit scharfem Löffel, danach Wärmebehandlung nach WELANDER. Primäre Reinkultur nach 24-stündlicher Behandlung.
—	—	—	—	Primäre Reinkultur nach 24-stündlicher Wärmebehandlung.
—	—	—	—	Dieser Fall ist im Texte separat beschrieben.
—	—	—	—	
—	—	1	—	Kultur von der Umgebung der Geschwüre auch positiv.
—	—	—	—	
—	—	—	—	
2	1	1	1	

in wenigen Tagen; wenigstens läßt er sich nicht weiter von den Geschwüren aus züchten, also ganz wie vorher. Staphylokokken und andere nehmen seinen Platz ein.

An Geschwüren, die gleich vom Beginn an mit Jodoform behandelt werden, kommt der Coccus niemals vor.

Von einigen mit Phimose komplizierten Fällen von weichem Schanker, die in der am Krankenhause St. Göran üblichen Weise mit stündlichen Spülungen von heißem Wasser (50° C.) zwischen Eichel und Vorhaut behandelt wurden, habe ich auch Kulturen angelegt, stets mit völlig negativem Resultat; sehr erklärlich, da der Coccus, wie wir gesehen haben, wenigstens auf künstlichen Nährböden auch nur 48° C. nicht erträgt.

Da nun, wie meine Untersuchungen ergaben, der Coccus nicht als Ursache der „grauen" Geschwüre betrachtet werden konnte, fragte es sich, ob er nicht vielleicht an Geschwüren allerlei Art die für ihn notwendigen Lebensbedingungen finden würde, wenn sie nur einer steten Feuchtigkeit und einer gewissen, nicht zu niedrigen Temperatur ausgesetzt wurden. Die feuchte Wärme schien ja in der Tat eine Hauptbedingung für sein Gedeihen zu sein. Ich habe deshalb auch eine Anzahl von Geschwüren anderer Art untersucht: Initialsklerose, syphilitische Geschwüre der Sekundärperiode, offene Bubonengeschwüre,[4] Geschwüre nach Abtragung spitzer Kondylome, wiederum fast stets mit positivem Resultat (siehe die Tabelle). Der Coccus war fast stets nach 2—3 Tagen nachzuweisen, nur den einen Bubonenfall (Fall 61) ausgenommen, wo ich ihn erst nach achttägiger Wärmebehandlung antraf (siehe unten).

Eine eingehendere Kritik derjenigen meiner wärmebehandelten Fälle, die beim Kulturversuche negative Befunde ergaben, mag hier am Platze sein.

Wie aus der Tabelle ersichtlich, habe ich den Coccus im ganzen nur in einem (Fall 14) der von mir untersuchten, wärmebehandelten Schankerfälle vermißt. Wie aber auch in der Tabelle bemerkt ist, wurde in diesem Falle die Behandlung wegen Unfall nicht einmal 24 Stunden ungestört fortgesetzt. Der Fall beweist somit nichts, wurde doch der Vollständigkeit wegen nicht ausgeschlossen.

Die Tabelle gibt weiter an, daß in noch drei Fällen, unter denen zwei Bubonen (Fälle 9 und 19) und ein Fall von extragenitalem Schanker

---

[4] Auch virulente Bubonen mit vorgeschrittener Schmelzung wurden am Krankenhause St. Göran nach dem Vorgange Welanders mit feuchter Wärme behandelt und zwar in folgender Weise: Nach Spaltung der ganzen Höhlenwandung werden die klaffenden Geschwürsränder in größter Ausdehnung weggeschnitten, der Geschwürsgrund mit scharfem Löffel ausgekratzt, und auf die so entstandene große Geschwürsfläche wird die feuchte Wärme appliziert. Auch diese großen Geschwüre werden in wenigen Tagen avirulent. Durch fortgesetzte Wärmebehandlung wird überdies eine sehr weiche, oberflächliche Narbe geschaffen.

(Unterschenkel, Fall 2), der Coccus nicht angetroffen wurde. Im Falle 19 liegt sicher die Ursache des negativen Resultates darin, daſs das Geschwür niemals rein wurde (vergl. Fall 54). In den übrigen beiden Fällen, die im Beginn der Untersuchungsreihe liegen, ist nur je ein Impfversuch (nach 24stündiger Behandlung) ausgeführt; und dürfte gerade in diesem Umstande die Ursache des kulturellen Miſserfolges zu suchen sein; ist mir ja, wie oben erwähnt, in einem Falle (Fall 61) erst am achten Tage der Behandlung die Kultivierung gelungen. Dieser Fall ist übrigens einer ausführlicheren Erwähnung wert, da er in deutlichster Weise auf den normalen Wohnort meines Coccus hinzeigt:

Fall 61. E. J. J., 23 Jahre alt, aufgenommen 6. XI. 1901. Diagnose: Ulcus molle + Bubo ing. virul. exulcerans sin.

In der linken Leistengegend ein groſser, stark empfindlicher Bubo mit blaurot verfärbter Haut und Fluktuation. Der Bubo brach schon am Abend des Tages der Aufnahme von selbst auf. Sogleich wurde vom Eiter eine Kultur auf Agar angelegt (Kultur I. 1).

Am folgenden Tage (7. XI.) wurde nun der Bubo in der üblichen Weise der feuchten Wärme nach WELANDER (siehe S. 658, Anm.) ausgesetzt. Kultur I. 1 hat nur Staphylokokken entwickelt.

8. XI. Bubonengeschwür bedeutend reiner. Kultur vom Geschwür II. 1, von der angrenzenden Haut III. 1. Für die letztgenannte Kultur wurde das Material, in der unten näher zu erwähnenden Weise, einfach mit der Platinöse aufgefangen.

9. XI. In II. 1 nur ein paar Staphylokokkenkolonien. In III. 1 eine ganze Reihe typischer „grauer", sowie vereinzelte Staphylokokkenkolonien. Die „grauen" wurden in den folgenden Tagen rein gezüchtet. Kultur vom Geschwür IV. 1.

11. XI. IV. 1 steril. Kultur vom Geschwür V. 1.

12. XI. V. 1 steril. Kultur vom Geschwür VI. 1.

13. XI. VI. 1 steril. Kultur vom Geschwür VII. 1.

14. XI. VII. 1 steril.

15. XI. Kultur vom Geschwür VIII. 1.

16. XI. VIII. 1 hat fünf typische „graue" Kolonien entwickelt. Überimpfung VIII. 2.

17. XI. VIII. 2 gibt Reinkultur als breiten, grauen Strich.

Es lieſs sich somit der Coccus vom Geschwüre aus erst nach achttägiger Wärmebehandlung züchten, während er an der umgebenden Haut bereits nach 24 Stunden vorhanden war. Es deutet dies darauf hin, was man ja auch a priori vermuten konnte, daſs Geschwüre dieser oder jener Art nicht als die normale Heimat des Coccus beansprucht werden dürfen, obschon er an solchen Stätten die allergünstigsten Lebensbedingungen zu finden scheint. Vielmehr muſs er erst dorthin transportiert werden, und

zwar geschieht dies wahrscheinlich von der angrenzenden normalen Haut aus. Er scheint nämlich ein konstanter Saprophyt der Oberhaut zu sein, obwohl er sich auch hiervon nicht unter gewöhnlichen Verhältnissen züchten läſst.

Ich habe nun auch in dieser Richtung einige Versuche ausgeführt. Das Schema dieser Untersuchungen war der Hauptsache nach das früher angeführte. Zuerst legte ich eine Kultur von der Haut an (vom Oberschenkel oder vom Arme, weil sich an diesen Stellen die Wärmeröhrchen am bequemsten applizieren lassen), entweder derart, daſs ich mit der Platinöse über die Hautoberfläche unter leichtem Drucke einfach hinstrich, und ein Agarröhrchen mit dem aufgefangenen Material impfte, oder ich kratzte mit dem scharfen Löffel von der Oberfläche einige Epidermisschüppchen ab, mit denen ich dann ein Röhrchen beschickte. Niemals entwickelte sich in diesen Röhrchen mein Coccus, oft aber einzelne gelbe oder weiſse Kolonien von Gram-positive Kokken; manchmal waren die Röhrchen steril. (Thermostaten-Temperatur 41° C.) Alsdann wurden die Bleiröhrchen genau so wie bei der Wärmebehandlung nach Welander auf die betreffende Hautpartie appliziert. Nach 24 bezw. 48 und 72 Stunden wurde der Verband abgenommen und unmittelbar nach dessen Wegnahme je eine Agarkultur von der Haut angelegt. Das Resultat war immer dasselbe. Bereits nach 24stündiger Behandlung erhielt ich, nebst anderen Pilzen, einige Kolonien von meinem Coccus; nach 48 Stunden wog dieser deutlich gegen die anderen über, und die dritte Kultur gab mir ihn oft beinahe rein. Wirkliche primäre Reinkultur habe ich jedoch von der Haut aus nicht erzielt. Für diese letztgenannten Kulturen, die während der Wärmebehandlung angelegt werden, erhält man völlig ausreichendes Material, wenn man mit der Platinöse leicht über die behandelte Hautoberfläche hinstreicht; Abschabung der Epidermis ist hierbei nicht notwendig.

Um die künstlich erzeugten Verhältnisse, unter denen ich den Coccus angetroffen hatte, möglichst nachzuahmen, habe ich einen Versuch an einem hochfiebernden Kranken vorgenommen. An einem Patienten des städtischen Krankenhauses zu Norrköping, der an Erysipelas faciei litt und mehrere Tage Abendtemperaturen von ca. 40° C. und darüber darbot, wurde am 15. V. 1902 am linken Unterarm ein Priessnitzscher Umschlag angelegt, der täglich einmal erneuert wurde. Am 18. V. legte ich von der Haut unter dem eben weggenommenen Umschlage eine Kultur auf Agar an. Am 19. V. hatten sich mehrere Kolonien entwickelt, unter ihnen viele „graue“, deren Reinzüchtung leicht erzielt wurde und meinen Coccus in reinster Form schaffte.

In dem Gedanken, daſs bei einem hochfiebernden Kranken die Sekrete der Achselhöhle, der Leistenbeuge und ähnlicher Stellen den für

das Antreffen meines Coccus künstlich hervorgerufenen Verhältnissen nahe kommen dürften, legte ich bei derselben Gelegenheit auch eine Kultur vom Sekrete der Leistenfurche an; es gingen aber nur Staphylococcus pyog. albus und einige andere auf, nicht aber mein Coccus. Ich habe jedoch nicht Gelegenheit gehabt, diesen Versuch zu wiederholen.

Schließlich sind einige Versuche zu erwähnen, die ich an gesunden, wenigstens nicht fiebernden Personen mit gewöhnlichen PRIESSNITZschen Umschlägen angestellt habe. Gegenstände dieser Versuche waren auch Patienten des hiesigen städtischen Krankenhauses, meist chirurgische Fälle in der Rekonvalescenz. Sie waren alle schon vorher entfiebert; leider wurde doch während der Versuche die Temperatur nicht gemessen. Die derartigen Fälle sind sieben, und fand ich den Coccus in zweien von ihnen, während er in den übrigen fünf Fällen nicht anzutreffen war. Was den positiven Befund in jenen Fällen bedingt hat, muß dahingestellt sein. Vielleicht ist die Temperatur durch eine Zufälligkeit ein wenig erhöht worden, so daß sie die Grenze passiert hat, die die Entwicklung des Coccus ermöglicht.

Man konnte vermuten, daß ein Keim, der so konstant an der Haut unter den erwähnten Bedingungen zur Entwicklung kommt, doch auch in der Luft sehr allgemein sein müßte. Die wenigen Luftinfektionsversuche, die ich im hiesigen städtischen chemischen Laboratorium ausgeführt habe (durch Aussetzen von Agarplatten an der Luft während $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde und Züchtung im Wärmeschrank bei 41° C.), fielen aber negativ aus.

In der Literatur habe ich keinen, nur einigermaßen genau beschriebenen Coccus auffinden können, der sich nicht in dieser oder jener Hinsicht von dem von mir angetroffenen unterscheidet. Derjenigen, die ihm am nächsten kommen, mag hier eine kurze Erwähnung Platz finden.

BUMM (6) hat nebst anderen Arten von der Scheide einen „grauweißen, nicht pathogenen Diplococcus" isoliert, der „in Gestalt grauer, in dicker Schicht grauweißer Streifen bei Zimmertemperatur auf alkalischer und neutraler Fleischpeptongelatine wächst"... „Der Nährboden wird ... nur in geringem Umfange verflüssigt." Verhältnis zur GRAMschen Methode wird nicht erwähnt; auch nichts vom Geruch.

Nächst diesem scheinen dem von mir angetroffenen am meisten zu ähneln zwei von MOBERG und UNNA (20) beschriebenen Kokken: Typus V Volkshammer und Typus IX Carstensen. Beide wachsen gut auf Agar als grauweißer Strich, sie wachsen auch auf saurem Nährboden. Die Gelatine wird langsam in Form eines Trichters verflüssigt. Milch wird in drei Tagen fest geronnen. Verhältnis zur GRAMschen Methode wird nicht erwähnt.

TOMMASOLI (18) beschreibt u. a. zwei Kokken, die in Betreff vieler der angegebenen Charakteren dem meinigen sehr nahe kommen: Diplococcus albicans tardus TOMMASOLI und Diplococcus alb. tardissimus BUMM. Von beiden wird aber angegeben, daſs sie die Gelatine nicht verflüssigen. Der Diplococcus albicans tardus TOMMASOLI soll sich übrigens nach einer Angabe von BERNHEIM (3) nach GRAM färben, was aber TOMMASOLI nicht erwähnt.

ROSENTHAL (16) hat aus der Luft eines Stalles für Versuchstiere einen Diplococcus gezüchtet, der sich nach GRAM entfärbt und auf Agar sehr schnell weiſsgraue Kulturen gibt. Auf Kartoffeln zeigt er aber nur mäſsiges, in Gelatinestich nur ganz minimales Wachstum. Die Gelatine wird nicht verflüssigt.

REMLINGER (15) erwähnt kurz zwei Kokken, einen gröſseren und einen kleineren, die er an der normalen Oberhaut angetroffen und die sich beide nach GRAM entfärben. Sie werden indessen nicht näher beschrieben.

Endlich ist zu erwähnen der Mikrococcus catarrhalis SEIFERT-PFEIFFER (9), der morphologisch dem Gonococcus sehr nahe kommen soll. Dieser Coccus wächst aber sehr schlecht auf Agar.

Jüngst ist eine Arbeit von CEDERCREUTZ (7) erschienen, worin der Verfasser sich auf den Standpunkt derjenigen stellt, die geneigt sind, die raison d'être mancher der zahlreichen beschriebenen Bakteriengattungen und die Zuverlässigkeit ihrer Scheidung durch die bisher üblichen und anerkannten kulturellen, tinktoriellen und experimentellen Verfahren anzuzweifeln. CEDERCREUTZ tritt für die Auffassung ein, daſs manche dieser Species nur Modifikationen einer ziemlich kleinen Anzahl von Formen darstellen und liefert in der Tat ein sehr interessantes Beispiel der Variation eines Hautcoccus unter verschiedenen Umständen. Ohne die betreffende verdienstvolle Arbeit CEDERCREUTZ' oder seine erwähnte Auffassung einer Kritik aussetzen zu wollen, muſs ich mich doch, hinsichtlich der in seiner Arbeit dargelegten Anschauungen, gleich von dem eventuellen Vorwurfe befreien, eine neue Kokken-„Art“ leichtsinnig dem vorherigen Gewirre beimengen zu wollen, eine Art, die sich vielleicht durch geeignetes Verfahren schlieſslich doch nur als eine eigentümliche Modifikation irgend einer vorher bekannten entpuppen würde. Ich will nur nochmals die Konstanz der Charakteren des von mir angetroffenen Coccus hervorheben, wie sie aus der Beschreibung ersichtlich ist, und betonen, daſs ich weder bei verschiedener Temperatur oder an verschiedenen Nährböden, noch bei höherem Alter oder Eintrocknen irgend eine nur vorübergehende, geschweige denn eine mehrere Generationen hindurch bestehende Variation des Coccus habe wahrnehmen können.

Aus meinen im vorigen angeführten Untersuchungen glaube ich folgende Schlüsse ziehen zu müssen:

1. Der von mir gefundene Coccus kommt an der Hautoberfläche sehr allgemein vor, läſst sich aber von hier aus nicht ohne weiteres züchten.

2. Er muſs in irgend einer Ruheform da sein, wächst aber normalerweise auf der Haut nicht, weil

3. er für seine Entwicklung ganz andere Verhältnisse beansprucht, als sie ihm die normale trockene Haut bieten kann.

4. Unter günstigere Verhältnisse versetzt, d. h. einer steten Feuchtigkeit und einer gewissen, nicht zu niedrigen Temperatur (am liebsten ca. 41° C.) ausgesetzt, entwickelt er sich auch an der Haut vorzüglich und läſst sich jetzt ohne Schwierigkeit auf künstlichen Nährböden züchten.

5. An Geschwüren allerlei Art gedeiht er auſserordentlich gut, wenn man seinen Anforderungen an Wärme nachkommt, und verdrängt dabei in kurzer Zeit andere Keime,

6. weicht aber, wieder in gewöhnliche Umgebung gebracht, ihnen schnell wieder aus.

7. Der Coccus ist als eine neue, vorher nicht beschriebene Gattung anzusehen. Und schlage ich vor, in Betracht der eigenartigen Umstände, unter denen er am besten zu gedeihen scheint, ihn Micrococcus hydrothermicus zu benennen.

Zum Schlusse gestatte ich mir meinem hochverehrten früheren Chef, Herrn Prof. Dr. E. Welander, für das stete Interesse, mit dem er meine kleine Arbeit verfolgt hat, sowie für manche wertvolle Ratschläge und Fingerzeige während der Ausführung der Untersuchung meinen herzlichsten Dank hier öffentlich auszusprechen. Ebenfalls bin ich verpflichtet, Herrn Oberarzt Dr. H. v. Unge in Norrköping für das bereitwillige Gestatten, an seinem Krankenmaterial zu experimentieren, sowie dem Vorstande des hiesigen städtischen chemischen Laboratoriums, Herrn Ingenieur John Wanselin, für die Erlaubnis, in seinem Laboratorium meine Untersuchungen fortzusetzen, an dieser Stelle verbindlichst zu danken.

Literatur.

1. Antoni, Studier öfver den Gramska färbningsmetoden. *Hygiea*. 1901. S. 139.
2. Balzer et Dubreuilh, Observations sur l'érythrasma et sur les parasites de la peau à l'état normal. *Annal. de dermatol. et de syphil.* 1884. S. 605.
3. Bernheim, Über Invasion von Hautkokken bei Ekzem. *Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1894. Bd. 15. S. 141.
4. Bizzozero, Über die Mikrophyten der normalen Oberhaut des Menschen. *Virchows Arch.* 1884. Bd. 98. S. 441.

5. Bordoni-Uffreduzzi, Über die biologischen Eigenschaften der normalen Hautmikrophyten. *Fortschr. d. Med.* 1886. S. 151.
6. Bumm, Der Mikroorganismus der gonorrhoischen Schleimhauterkrankungen, Gonococcus-Neisser. Wiesbaden 1887. 2. Aufl. (S. 24.)
7. Cedercreutz, Recherches sur un Coccus polymorphe, hôte habituel et parasite de la peau humaine. Paris 1901. Steinheil.
8. Damman, Preliminary note of some microorganisms of normal skin. *Brit. med. Journ.* 16. Juli 1892. S. 122.
9. Flügge, Die Mikroorganismen, mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie der Infektionskrankheiten. Leipzig 1896. 3. Aufl. II. Teil, S. 154.
10. Jundell, Experimentella och kliniska undersökningar öfver Gonococcus-Neisser. *Hygiea.* 1900. S. 604.
11. Klecki, Über einige aus ranziger Butter kultivierte Mikroorganismen. *Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1894. Bd. 15. S. 354.
12. Macé, Traité pratique de bactériologie, troisième édition. Paris 1897. Baillière.
13. Mendoza, Über einen neuen Mikrococcus. *Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1889. Bd. 6. S. 566.
14. Quinquaud, De la flore cutanée à l'état normal et à l'état pathologique. *Annal. de dermatol. et de syphil.* 1889. S. 352.
15. Remlinger, Les microbes de la peau humaine, leur numération, leur détermination, leur rôle en pathologie, les erreurs qu'ils peuvent entraîner au cours des recherches bactériologiques. *La Médec. mod.* 1896. S. 257, 265, 273 (266).
16. Rosenthal, Über einen in der Luft gefundenen Diplococcus. *Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1899. Bd. 25. S. 1.
17. Sterling, Ein neuer Mikrococcus im Blute und Harn gefunden. Ibidem. 1896. Bd. 20. S. 141.
18. Tommasoli, Bacillen, Kokken und Hefeformen. Unnas Flora dermatologica. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889. Bd. 9. S. 49.
19. Török, La discussion sur l'origine parasitaire de l'eczéma. *Annal. de dermatol. et de syphil.* 1900. S. 130.
20. Unna und Moberg, Versuch einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokkenarten nebst Bemerkungen über ein natürliches System der Kokken überhaupt. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1900. Bd. 31. S. 1 u. 65.
21. Unna, Über die ätiologische Bedeutung der beim Ekzem gefundenen Kokken. Ibidem. S. 218.
22. Veillon, Recherches bactériologiques sur l'eczéma. *Annal. de dermatol. et de syphil.* 1900. S. 683.

Nachtrag.

Erst vor kurzem hat mich eine Mitteilung von Dr. Marcus, zurzeit Assistent an der Welanderschen Klinik, getroffen, dafs er bei der Gelegenheit der kulturellen Nachforschung von Gonokokken in einem epididymitischen Abscesse u. a. einige graue Kolonien zu sehen bekam, an denen Herr Prof. Welander, als die Kulturen ihm gezeigt wurden, meinen Coccus zu erkennen glaubte. Die mir zugesandten Kulturen zeigen in

der Tat sowohl makro- als mikroskopisch die für meinen Coccus charakteristischen Eigenschaften. Die Kulturen auf Agar sind indessen nicht gerade üppig. Milch wird geronnen.

Ich möchte hier nur noch erwähnen, daſs ich in mehreren Fällen von Epididymisabscessen Kulturen angelegt habe, ohne meinen Coccus anzutreffen.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. Mai 1903.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Lesser demonstriert eine 31jährige Frau, an deren Haut sich seit fünf bis sechs Jahren **Sklerodermie**plaques entwickeln. Neben typischen derben Platten bestehen atrophische Herde mit Lilasaum und tiefergelegene derbe Knoten, entsprechend Unnas keloidförmigen Herden, die sich anfühlen wie in die Tiefe versenkte Keloide.

2. Lesser demonstriert einen Knaben mit **Epidermolysis bullosa.** Kein Familienglied auſser ihm leidet an dieser Anomalie. Die Krankheit begann erst im vierten Lebensjahre, Patient lernte aber auch in diesem Alter erst laufen. Die Blasen bestehen vornehmlich an Händen und Füſsen. Auch im Munde sind schon welche aufgetreten.

Diskussion: Wechselmann erwähnt atypische Fälle, denen ebenfalls die Heredität fehlte.

Wolters berichtet über eine Frau, die seit zwei Jahren, also in erwachsenem Alter erst, von dieser bullösen Vulnerabilität befallen wurde. Erhebliche Besserung durch starke Arsenbehandlung.

3. Lesser demonstriert einen 54jährigen Mann mit **Liodermia syphilitica.** Infektion vor 33 Jahren, tertiäre Eruptionen seit 10—12 Jahren. Die Atrophie der Haut ist auſserordentlich gleichmäſsig.

4. Rosenthal demonstriert einen 19jährigen Mann, der vor einem Jahre sich infizierte. Nach einem vor zwei Monaten erlittenen Trauma entstanden **epileptische Anfälle**, bis achtmal täglich, die nach zwei Kalomelinjektionen sistierten. Keine Jodkaliumgaben. Die Ursache der Anfälle war wohl eine meningeale Iritation.

Diskussion: Lesser citiert Fourniers Erhebungen über die sekundärsyphilitische Epilepsie. Dieser nimmt periostitische Veränderungen am Schädel an.

5. Rosenthal demonstriert einen 35jährigen Mann, der an **allgemeiner Lymphdrüsenvergröſserung** erkrankt war. Er trat wegen heftigen **Hautjuckens** in die Behandlung. Der Blutbefund ist normal (60 % polynukleäre, 29 % Lymphocyten, 9 % eosinophile Zellen, 2 % Übergangsformen) bis auf leichte Leukocytose. Lungenaffektion, doch ohne Nachweisbarkeit von Tuberkelbacillen. Durch Atoxylinjektionen ist fast völlige Heilung erzielt worden. R. hält den Fall trotz des negativen Blutbefundes für Pseudoleukämie.

Diskussion: Schild citiert die von v. Noorden berichtete Besserung von Leukämie durch Atoxylgaben.

6. SEEGALL demonstriert einen 67jährigen Mann mit **Dermatitis herpetiformis.** Der erste Anfall bestand vor $1^1/_2$ Jahren; sehr erhebliche Besserung durch ein- bis zweitägige Atoxylinjektionen.

7. MEYERHARDT demonstriert eine Frau mit **symmetrischer Hautatrophie** an Beinen und Armen, deren Beginn vor elf Jahren bemerkt wurde; zugleich mit der trophischen Störung bestehen Erytheme, livide Flecke und ähnliche vasomotorische Symptome, sowie Paraesthesien.

8. BLASCHKO demonstriert ein junges Mädchen mit gruppierten follikulären Eruptionen an Armen, Rumpf und Beinen als **Lichen ruber acuminatus.**

Diskussion: HELLER widerspricht dieser Diagnose mit dem Bemerken, dafs beim Lichen ruber acuminatus die Knötchen nicht follikulär zu sitzen brauchen.

BLASCHKO sieht HELLERS histologische Befunde nicht als beweiskräftig an.

9. PINKUS demonstriert einen Mann mit **Lichen planus annularis.** Die Kreise bestehen zumeist aus aneinander geordneten Einzelefflorescenzen. Die Eruption stellt ein Rezidiv dar. Die erste vor etwa einem Jahre entstandene Eruption ist mit Pigmentflecken, die zum Teil noch von einem Lichenrubersaum umgeben sind, abgeheilt, so dafs auch sie eine Form des Lichen ruber annularis darstellen.

10. PINKUS demonstriert einen Mann mit strichförmiger ekzemähnlicher Eruption an der Aufsenseite des linken Oberschenkels. Die Ausbreitung entspricht dem Gebiet des N. cutan. femor. lateralis von der ersten und zweiten Lumbalnervenwurzel.

11. FISCHER und BLASCHKO demonstrieren **Kulturen des Ulcus molle-Bacillus.** FISCHER legt einen Inokulationsulcus an, macht diesen antiseptisch durch Desinfektion mit Jodtinktur und Auflegen eines gefensterten Pflasterverbandes und züchtet in reinem Kaninchenblut (mit Spritze aus dem Herzen entnommen), das 48 Stunden lang vor der Beimpfung stehen mufs, oder auf schrägerstarrtem Kaninchenblut-Agar.

Diskussion: MEYER erwähnt seine vor Jahren angestellten Kulturversuche.

BLASCHKO macht auf die Ähnlichkeit der unregelmäfsigen Formen mit JOSEPHS und VAN NIESSENS Bacillen bei Syphilis aufmerksam. Er empfiehlt zur Färbung der Ulcus molle-Stäbchen vorsichtige Verwendung des polychromen Methylenblaus, kurze Entfärbung in UNNAS Glycerinäthermischung ohne vorherige gründliche Abspülung. Auf die Frage von HOFFMANN, wieweit die mikroskopische Untersuchung des Eiters des primären Ulcus beweiskräftig für die Diagnose sei, erwidert BL., dafs zur Diagnose das Finden der Bacillenketten erforderlich sei, namentlich wenn man etwas Gewebe abgekratzt hat. Dieser Nachweis gelingt in ca. 90%.

HOFFMANN glaubt zurzeit in Berlin eine besonders bösartige Ulcus molle-Epidemie konstatieren zu können, namentlich schlimme Bubonen und Lokalisationen der Ulcera an atypischen Stellen (Finger).

BLASCHKO erwähnt ein grofses Ulcus molle an der Lippe und macht auf die Häufigkeit und Gefahren des Ulcus molle am Anus aufmerksam.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XIV, Heft 2 u. 3.

Über Blasenruptur, von NOBE. Verfasser stellt die bisher veröffentlichten Fälle von Blasenruptur zusammen und teilt drei von ihm selbst beobachtete ausführlich mit. Auf Grund dieser Kasuistik kommt er zu dem Schlusse, dafs bei sub-

cutaner Blasenruptur als einziges Mittel zur Heilung die möglichst baldige Operation zu empfehlen sei; bei extraperitonealer Verletzung soll man sich nicht mit Aufsuchung der Rupturstelle aufhalten (vorliegende Risse näht man natürlich), sondern reinigt, tamponiert und drainiert und legt Verweilkatheter ein; bei intraperitonealer Ruptur ist dagegen natürlich durchaus erforderlich, die Rupturstelle aufzusuchen und zu vernähen. Verfasser gibt dann eine kurze Zusammenstellung der Symptome, die für die möglichst frühzeitige Sicherstellung einer Blasenruptur geeignet erscheinen.

Zur Therapie der Erkrankungen der Hoden und deren Adnexe, von Zabludowski. Verfasser schildert weitere (Fortsetzung aus Heft 12, 1902) an den Hoden vorzunehmende mechanische Manipulationen: Reibung, Erschütterung, Knetung, Klopfung etc. Indikationen zu diesen Behandlungen sind: Protrahierte Entzündungen resp. deren Überbleibsel, erhebliche Funktionsstörung (Impotenz), derartige Störungen als partielle Erscheinungen nervöser Alterationen, Fälle von Verkürzung des Samenstranges, Atrophien am Genitalapparate, Sensibilitätsstörungen, pathologische Sekretionen der Urethra.

Zur Kathetersterilisation, von Kutner. Verfasser hat einen neuen, kleinen, bequem mitzunehmenden Dampfsterilisator für Katheter konstruiert, der im wesentlichen aus einem Blechgefäfs für das zu verdampfende Wasser mit darunter befindlicher Spritflamme besteht; oben trägt das Blechgefäfs einen Hals, der nach Art der Touristenbecher zusammenzuschieben und auseinanderzuziehen ist. Beim Gebrauch wird er auseiandergezogen und oben mit einem durchbohrten Pfropfen, an dem der Katheter aufgehängt ist, verschlossen; der Dampf umspült den Katheter von aufsen und nimmt dann seinen Ausweg durch das Auge des Katheters durch dessen Inneres und die Durchbohrung des Pfropfens; den Schlufs der Arbeit bildet eine Controverse gegen Herrn Dr. Goldberg.

Nochmals zur Phloridzinreizung, von Pielicke. Kleine Polemik des geschätzten Herrn Verfassers gegen Herrn Dr. Warschauer, der eine Arbeit Pielickes über Nierenreizung durch Phloridzin ungenau und abfällig kritisiert hatte. P. besteht auf seinem Standpunkt, dafs das Phloridzin eine erhebliche Nierenreizung mit starkem Albumengehalt, Epithelcylindern und drei Tage anhaltender Blutung bewirkt habe.

Zur Bestimmung kleinster Zuckergehalte durch Hefegärung, von Lohnstein. Polemik mit Professor Malfatti wird fortgesetzt.

Schlufswort auf die vorstehende Erwiderung Lohnsteins, von Malfatti.

Über das Vorkommen von Streptokokken in der normalen Harnröhre des Mannes, von Asakura. Verfasser fand Streptokokken in einer ziemlich grofsen Anzahl von Fällen in der Harnröhre gesunder Männer, diese saprophytisch wachsenden Streptokokken können unter Umständen pathogen werden; so erklärt sich die relative Häufigkeit der Streptokokken-Cystitiden und ihr oft benigner Verlauf.

F. Hahn-Bremen.

Lepra.

Band III, Heft 3.

XI. **Einiges zur Lokalisation lepröser Infiltrate,** von Matthias Hirschberg-Riga. Eine Durchsicht des jetzigen und früheren Krankenmaterials des Leprosoriums in Riga auf seltene Hautlokalisationen ergab, dafs an manchen Stellen der Hautdecken wohl sehr selten Leprainfiltrate vorkommen, dafs sie gelegentlich aber sicher überall angetroffen werden können, auch — entgegen der Behauptung einiger Autoren — auf der Kopfhaut, der Eichel, am Nacken, an der Hohlhand und Fufssohle. In einigen seltenen Fällen waren gegen die sonstige Gewohnheit besonders die Beugeseite

befallen. Auffallend ist, dafs bei Leprösen, bei denen schon **eine** Abnormität zu finden war, auch meist eine oder mehrere andere da waren. Verfasser konnte folgende Fälle beobachten:

1. Infiltrat der Kopfhaut und Knoten an der Eichel,
2. Beugeseiten besonders affiziert und ein Knoten am Nacken,
3. Flecken an der Hohlband und an der Fufssohle,
4. Knoten an der Hohlhand und an der Fufssohle.

Die beiden letzten Fälle werden vom Verfasser ausführlich beschrieben.

XII. **Einige allgemeine und ätiologische Details über die Lepra im Sudan,** von T. J. Tonkin. Das weite Gebiet des Sudan ist in seiner ganzen Ausdehnung von der Lepra durchseucht. Schutzmafsregeln sind gänzlich unbekannt, Gesunde und Kranke verkehren ohne die geringste Beschränkung miteinander, und die Gewohnheit hat die Leute so abgestumpft, dafs es niemandem einfällt, Anstofs daran zu nehmen, sich von Leprösen mit sichtbaren Geschwüren bedienen zu lassen. An die Vererbung des Leidens glaubt Verfasser nicht, er ist überzeugt, dafs die Verbreitung durch Übertragung des Leprabacillus von Mensch zu Mensch stattfindet. Vermittelt wird die Übertragung wohl in hohem Mafse durch die Kleidung. Ein Kleidungsstück, das der ursprüngliche Eigentümer so lange getragen hat, bis es schmutzig geworden ist, wandert von einem Träger zum andern, von Kranke auf Gesunde, in immer tiefere Gesellschaftsschichten, bis es schliefslich als Lumpen und Fetzen auf dem Körper eines Bettlers endet. Während dieser ganzen Zeit wird es nie gewaschen. — Die Empfänglichkeit für die Infektion mit dem Leprabacillus wird im Sudan, wie in allen von der Lepra heimgesuchten Ländern, nach des Verfassers Ansicht durch ein besonderes Moment gesteigert, das ist der Mangel an stickstoffreicher Nahrung.

XIII. **Eine Bemerkung über die Zahl der Leprosorien in Europa im Mittelalter,** von George Pernet-London. In allen Bearbeitungen der Lepra findet sich die von Matthieu Pâris übernommene Mitteilung, dafs es in Europa um die Mitte des 13. Jahrhunderts 19000 Leprahospitäler gab. Verfasser macht darauf aufmerksam, dafs Matthieu Pâris nur von 19000 Besitzungen spricht, die dem Lazarusorden damals gehörten, nicht von Hospitälern. — In einer Anmerkung hierzu erkennt Ehlers die Ausführungen Pernets als vollkommen berechtigt an, bemerkt aber, die Zahl der Leprosorien dürfte deshalb kaum geringer gewesen sein, da wohl zu jeder Besitzung auch ein Leprosorium gehört haben mag.

XIV. **Zur Pathologie und Pathogenese der Lepra maculo-anaesthetica,** von Victor Klingmüller-Breslau. (Schlufs. Vergl. Ref. Bd. 36, S. 154.) In einem Falle gemischter Lepra, in dem ursprünglich die makulo-anästhetische Form jahrelang allein bestanden hatte und die tuberöse Form erst viel später hinzugekommen war, fanden sich zweierlei verschiedene Formen histologischer Veränderungen: erstens fast die gleichen perivaskulären Zellwucherungen wie in dem erstbeschriebenen Falle, besonders ausgeprägt in einem Erythemfleck; auch in Schwartenbildungen an Ellbogen und Knie war die perivaskuläre Formation gut erkennbar. Dazu gesellten sich, weniger im Erythem als in den Schwarten, Anhäufungen typischer Leprombildung; die Ausbreitung der Leprome hielt sich im grofsen und ganzen an den Gefäfsbaum, zeigte aber auch selbständiges Vordringen. Entsprechend dem klinischen Verlauf lieferte die mikroskopische Betrachtung den Eindruck, dafs auf die primären makulo-anästhetischen Prozesse sekundär die tuberösen aufgepfropft waren.

Verfasser bespricht die von anderer Seite beschriebenen histologischen Veränderungen bei Lepra maculo-anaesthetica und meint, die Verschiedenheit der Befunde beruhe sicherlich teilweise darauf, dafs nicht immer reine ungemischte Fälle makulo-anästhetischer Lepra untersucht worden seien.

Vergleicht man des Verfassers Befunde mit den Anfängen der Hautveränderungen bei der tuberösen Form, so findet sich in dem ersten Beginn für beide Formen eine grofse Ähnlichkeit. Das Primäre scheint bei allen Formen, die durch die embolische Verschleppung der Bacillen verursachte Gefäfsalteration zu sein. Aber bereits in dem frühesten Stadium der tuberösen Form ist ein wesentlicher Unterschied in dem reichlichen Bacillengehalt der Herde gegeben. Die Verschleppung der Bacillen findet auch hier auf dem Wege der Blutbahn statt. In seinem weiteren Wachstum aber verliert der ursprünglich von den Blutgefäfsen ausgehende Prozefs mehr und mehr das Aussehen einer einfachen Gefäfsschädigung und bildet kugelige Tumoren, die sich hauptsächlich in den Lymphspalten ausbreiten und durch ihren Bacillenreichtum ausgezeichnet sind. Als weiteres Kennzeichen kommt dann noch die Bildung echter Virchow-Neisserscher Leprazellen hinzu.

Sind die aufgeführten Veränderungen für die eine oder die andere Form charakteristisch und beweisend, so mufs auch, entsprechend dem klinischen Verhalten, der Nachweis möglich sein, dafs es auch histologisch betrachtet gemischte Lepra geben kann. Diesen Beweis glaubt Verfasser in dem zweiten beschriebenen Falle geführt zu haben; einige Fälle Dariers sind ihm weitere Beläge dafür. Einen Unterschied zwischen den echten Lepromen und solchen, die sich auf dem Boden von Lepriden entwickeln, vermag Verfasser nicht anzuerkennen. Das für beide charakteristische und sie von den Lepriden besonders unterscheidende Merkmal ist ihr selbständiges, von der Ausbreitung der Lepride unabhängiges Weiterwuchern. Für alle Formen: Lepride, Leprome und auf Lepriden entstehende Leprome, kommt derselbe Modus der Bacillenverbreitung, auf dem Wege der Gefäfsembolie, in Betracht.

Die Frage, warum sich in dem einen Falle diese, im anderen jene entwickelt und zuweilen bei demselben Individuum beide Formen auftreten können, vermag Verfasser einwandsfrei nicht zu erklären; der einzige Faktor, der mafsgebend erscheinen könnte, die Verschiedenheit der Prozesse zu erklären, ist die Differenz in der Menge der Bacillen.

XV. **Die Statue des „leprösen Königs" zu Angkor-Tom,** von E. Jeanselme-Paris. Verfasser hat die Statue des Prah Komlong zu Angkor (Cambodja) besichtigt und weist nach, dafs die an ihr vorhandenen Verstümmelungen an den Extremitäten Zeiteinflüssen zuzuschreiben sind, und dafs die Legende, hier sei ein lepröser König bildlich dargestellt, keinen Glauben verdient. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

The British Journal of Dermatology.

Band 15. März 1903.

Erythema multiforme und Lupus erythematosus; ihre Beziehung zur allgemeinen Toxämie, von J. Galloway und J. M. H. Macleod. Es ist seit langer Zeit bekannt, dafs gewisse Formen der Toxämie eine sehr grofse Rolle in der Ätiologie des Erythema multiforme spielen, erst jüngeren Datums ist die Beobachtung eines Zusammenhanges zwischen dem toxämischen Prozefs und dem Lupus erythematosus und der engen Beziehung, in welcher das Erythema multiforme zum Lupus erythematosus stehen.

Die Verfasser beschreiben zunächst 1. einen Fall von Erythema multiforme in Verbindung mit Nephritis.

Ein 21jähriges Dienstmädchen wurde hochgradig fiebernd und mit einer intensiven Dermatitis an Händen, Füfsen und im Gesichte behaftet ins Charing Cross Hospital gebracht. Die Patientin stammte aus einer gesunden Familie und hatte sich bis zum Beginn der Krankheit stets einer ausgezeichneten Gesundheit erfreut. Vor

sechs Wochen fingen ihre Beine und Füſse an zu schwellen, die Gesichtshaut, namentlich der Wangen, zeigte sich gerötet, gespannt und ein wenig geschwollen. Eine Woche später waren die befallenen Partien mit Schuppen bedeckt. Rote Flecke traten dann an den Händen und Füſsen auf, zeigten jedoch eine trockene, nicht von Krusten- oder Schuppenbildung gefolgte Beschaffenheit.

Bei der Aufnahme der Patientin erinnerten die symmetrisch verteilten roten Flecke an beiden Wangen, auf der Nase, am Kinn und hinter den Ohren lebhaft an Lupus erythematosus. Der Verlauf der einzelnen Efflorescenzen war der, daſs zunächst erythematöse Flecke auftraten, welche eine Neigung zeigten, vesikulös oder bullös zu werden, schlieſslich sich mit Schuppen oder Krusten zu bedecken oder zu ulcerieren und zu verschorfen. Bei der Patientin konnte man alle Stadien des Prozesses wahrnehmen. Auch die Mundschleimhaut war in Mitleidenschaft gezogen, so daſs die Kranke selbst flüssige Nahrung nur unter groſsen Schmerzen zu sich nehmen konnte.

Der Urin enthielt u. a. beträchtliche Mengen Eiweiſs, viel Urate, Epithel-. Hyalincylinder, feinkörniges Sediment und Leukocyten.

Nach zwei Wochen starb die Patientin. Die Autopsie ergab unter anderen pathologischen Befunden ausgedehnte Nephritis.

Ein excidiertes und mikroskopisch untersuchtes Stückchen der erkrankten Haut zeigte im Corium nur die Erscheinungen einer einfachen Entzündung. Die wesentlichsten Veränderungen wies die Epidermis auf. Die ganze Malpighische Schicht war ödematös. Das Ödem betraf nicht nur die interepithelialen Lymphräume, sondern auch die Stachelzellen. An vereinzelten Stellen war Bläschenbildung erkennbar.

Bei mancherlei Ähnlichkeit entsprach das histologische Bild doch nicht dem des Lupus erythematosus, erinnerte vielmehr an Erythema multiforme oder an Herpes zoster.

2. Lupus erythematosus in Verbindung mit Lebercirrhose und Alkoholismus.

Eine 36jährige, stark dem Alkohol ergebene Frau bekam im Oktober 1897 ein intensives Erythem mit symmetrisch verteilten ödematösen Schwellungen des Gesichts. Kleine erythematöse Plaques befanden sich an beiden oberen Extremitäten, namentlich an den Streckseiten. Zahlreiche erythematöse, leichtinfiltrierte Stellen wiesen die Handteller auf. Auch der Rücken und die unteren Extremitäten waren, wenn auch in geringerem Grade, befallen.

Der Zustand besserte sich zeitweilig, um dann wieder Exacerbationen zu erfahren, für die man lange Zeit keine Ursache finden konnte, bis man endlich dahinter kam, daſs die Patientin an Lebercirrhose litt und mit der Besserung oder Verschlimmerung des Leberleidens auch die Hauterscheinungen zurücktraten oder rezidivierten.

Beide beschriebenen Fälle waren hinsichtlich ihres klinischen Bildes einander sehr ähnlich, nur daſs dem letzteren die Bläschen- und Blasenbildung des ersteren fehlte. Beide Fälle machten anfangs hinsichtlich der Differentialdiagnose von Lupus erythematosus desseminatus groſse Schwierigkeiten, mit welchen sie nach neueren Theorien eine allgemeine Toxämie als ursächlichen Faktor teilen mögen.

Band 15. April 1903.

I. **Ein Fall von Blastomykosis**, von J. H. Sequeira-London. Der 37jährige Patient beschäftigte sich viel mit der Behandlung von kranken Katzen und Ferkeln und hatte namentlich als „Sau-Doktor“ einen gewissen Ruf in seiner engeren Heimat erlangt. Er weiſs sich jedoch nicht zu erinnern, daſs eines der von ihm behandelten Tiere eine ungewöhnliche Hautaffektion gehabt hätte. Im Frühjahr 1901 bemerkte der Patient einen stecknadelkopfgroſsen, weiſsen Fleck unterhalb des inneren Winkels

des linken Auges. Der Fleck verursachte intensives Jucken, und wahrscheinlich infolge vielen Kratzens dehnte sich die affizierte Stelle weiter aus, schien auch bisweilen blutunterlaufen oder näſste ein wenig. Fünf Monate später entwickelte sich eine ganz ähnliche Efflorescenz an der entsprechenden Stelle des rechten Auges und nahm einen gleichen Verlauf, wie die auf der linken Seite.

Als der Patient sich im Hospital zum ersten Male vorstellte, zeigte er am linken unteren Augenlide eine schwach erhabene, unregelmäſsig begrenzte, mit einer dünnen, gelbbraunen Kruste bedeckte, über dem darunter befindlichen Gewebe frei bewegliche, schmerzlose, nicht gespannte Schwellung, die nur Jucken verursachte und auf Druck etwas übelriechende Flüssigkeit unter der Kruste hervorsickern lieſs. Wurde die letztere entfernt, so kam eine mit kleinen Geschwürchen besäte Fläche zum Vorschein.

Ähnliche Tumoren befanden sich auf der rechten Seite, auf den Wangen, dieselben waren jedoch von kleinerem Umfange. Die kleinsten boten sich als weiſsliche Flecke dar. Die gröſseren hatten eine braune oder rötliche Farbe.

Histologisch schien das exzidierte Gewächs aus einem starken Anwachsen der Epidermisschichten zu bestehen. Das Stratum corneum war stellenweise verdickt und zeigte zahlreiche kleine Abscesse. Die tieferen Schichten der Epidermis sind ebenfalls verdickt, die interpapillären Zapfen verlängert und fingerförmig verzweigt.

Bei starker Vergröſserung sieht man, daſs die Zapfen zum gröſsten Teile aus deutlich markierten Stachelzellen bestehen. Zellnester sind nirgends vorhanden. Dagegen bemerkt man eine beträchtliche Rundzelleninfiltration. In den Absceſshöhlen sind 3—5 μ lange ovoide Gebilde sichtbar. Auch Riesenzellen sind vereinzelt vorhanden, nirgends aber Tuberkelbacillen. Der dem Gewächse entnommene Eiter enthielt Eiterzellen, wenige eosinophile und Erythrocyten, zahlreiche Kokken und jene Gebilde.

Der Verfasser stützt die Diagnose auf folgende Punkte: 1. Lokalisation im Gesichte und auf der Kopfhaut; 2. Multiplizität der Efflorescenzen; 3. Ausbreitung durch Autoinokulation; 4. die scharf umschriebenen Kanten der Tumoren, die relativ geringe Infiltration; 5. die rapide Pustulation der Efflorescenzen und der dünne weiſsliche Eiter, welcher sich aus denselben ausdrücken lieſs; 6. die mikroskopisch kleinen, zahlreichen Abscesse in der Epidermis; 7. die charakteristischen Gebilde; 8. die tief ins Corium hinreichenden Stachelzellenzapfen; 9. endlich der günstige Einfluſs, den Jodkalium in groſsen Dosen auf die Rückbildung der Tumoren ausübte.

II. **Pharmazeutische Notizen**, von H. Skinner. Die vom Verfasser früher empfohlene Kombination von Jod und Ölsäure hatte den Nachteil, daſs sie sich in wenigen Tagen zersetzte. Dem Übelstande wird durch Zusatz von etwas Ammonium abgeholfen. Zum Beweise der starken Löslichkeit von Jod in Ölsäure und der Haltbarkeit solcher Präparate wurde eine Kombination nach folgender Formel hergestellt:

℞ *Jod*	15,00	*Alcohol*	11,00
Acid. oleic.	15,00	*Liq. Ammon. fortis*	3,75.

Für medizinische Zwecke wäre ein weit schwächeres Präparat anzufertigen. Die obige Kombination hat sich vier Monate gut gehalten.

Verfasser empfiehlt überhaupt die Oleate an Stelle von weicher Seife mehr zu verwenden, unter ihnen besonders das Kaliumoleat und das Ammoniumoleat. Ersteres ist wegen der gröſseren Sicherheit, mit der das Kalium neutralisiert, in der Mehrzahl der Fälle vorzuziehen.

Gleiche Teile einer Lösung von Kaliumoleat und Vollfett mit Zusatz der gleichen Menge von Flüssigkeit gibt ein sehr haltbares, weiches crêmeartiges Präparat. Statt Vollfett können auch Paraffin und andere Fettgrundlagen Verwendung finden.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1903. Heft 3.

Das Ekzem — eine Reaktion der Haut. Das Ekzem in den verschiedenen Lebensaltern, von L. Brocq. Brocq stellt in dieser Arbeit eine neue, geistreiche Theorie des Ekzems auf. Es ist daher für ihn unerläſslich, sich zuerst mit Unna auseinanderzusetzen, teilte er doch früher dessen Ansicht von der bacillären Natur des Ekzems. Aber alle Versuche, die Unnaschen Angaben über die Morokokken zu bewahrheiten, sind bisher fehlgeschlagen; es ist bisher noch nicht gelungen, in der geschlossenen Vesikel des Ekzems einen Mikroparasiten nachzuweisen. Also diese Lehre muſs man, einstweilen wenigstens, fallen lassen. Gegen den Vorwurf, daſs sein jetziges Bemühen von zweifelhaftem Wert sei, daſs er nur eine Theorie mit der andern, die Unnasche mit der Brocqschen, vertausche, weiſs er sich geschickt im vornherein zu verteidigen.

Seine neue Lehre nun lautet in kurzen Worten, daſs es gar keine selbständige Krankheit Ekzem gäbe, daſs die ekzematöse Vesikel, überall wo sie aufträte, immer nur der Ausdruck einer konstitutionellen Erkrankung sei, und daſs diese konstitutionelle Erkrankung sich deshalb auf der Haut lokalisiere, weil diese bei dem betreffenden neuropathischen, lymphatischen, arthritischen Individuum den Locus minoris resistentiae darstelle. Was man sonst noch als Ursachen des Ekzems bezeichnet habe, Erkältungen, Diätfehler, Gemütserschütterungen, das seien keine Ursachen, sondern nur die zufällige Veranlassung, daſs die Konstitutionsanomalie oder die Dyskrasie gerade im gegebenen Augenblick zum Ausbruch komme.

Dieser neuen Anschauung sucht er nun im zweiten Teil seiner Abhandlung die verschiedenen Formen des Ekzems, wie sie in den einzelnen Lebensaltern, beim Säugling, beim Kinde, in den Pubertätsjahren, beim Erwachsenen und beim Greise in die Erscheinung treten, anzupassen. Diese Darstellung faſst er (S. 194) in den kurzen Satz zusammen: Es gibt kein Ekzem, sondern nur ekzematöse Menschen, wobei er sich auf E. Vidal und E. Besnier beruft. Auch therapeutisch sucht er seine neue Theorie zu verwerten, indem er verlangt, bei jedem Ekzematösen nach seiner erblichen Belastung und seiner Anamnese zu forschen, den Chemismus seiner Verdauung und seiner Nierentätigkeit zu untersuchen, seine Lebensweise und seine Gewohnheiten zu ermitteln und ihm durch Milch- oder vegetarische Diät, durch reichliche Wasserzufuhr und häufige Darmentleerung, durch Luftveränderung und Ruhe eine möglichst normale Blut- und Säftemischung zu schaffen. Vor starken Medikamenten, innerlichen wie äuſserlichen, warnt er ausdrücklich.

Mikroskopischer Befund in einem Falle von Epididymitis blennorrhoica, von Ch. Audry und E. Dalous. Die Histopathologie der einfachen Epididymitis blennorrhoica ist naturgemäſs noch wenig bekannt, da diese Entzündung allemal rasch zur Ausheilung gelangt und wohl nur äuſserst selten auf den Sektionstisch kommt. In dem vorliegenden Falle war ein diagnostischer Irrtum Veranlassung zu einem operativen Eingriff an dem entzündeten Hoden, und dadurch erhielten die beiden bekannten Toulouser Autoren willkommene Gelegenheit zu einer Biopsie. Ihren mikroskopischen Befund bezeichnen sie in Kürze als phlegmonöse Lymphangitis, hervorgegangen aus einer Epitheliitis erosiva et proliferans. Auf das Fehlen von Gonokokken in ihren Präparaten legen sie kein groſses Gewicht; sie machen diese Mikrobien trotzdem für die vorhandenen Entzündungserscheinungen verantwortlich.

Ein Fall von Pemphigus foliaceus primitivus, von Paul Meynet und N. Ribollet-Lyon. Die 49jährige Patientin ist erblich unbelastet, hat nur ein arbeits- und entbehrungsreiches Leben hinter sich. Beginn der Erkrankung vielleicht mit einer Hauterosion in der Lendengegend, die vernarbte und dann wieder eine neue

Kruste entwickelte. Dies Spiel wiederholte sich längere Zeit, bis dann einige Monate später richtige Blasen in immer gröfseren Mengen auftraten.

Bei der Aufnahme der Patientin bestanden zwei wesentliche Symptome: Erythrodermia und Desquamatio generalisata. Das Allgemeinbefinden war und blieb zufriedenstellend, der Harn enthielt dauernd etwas Eiweifs. Der Fall regte insofern zur besonderen Beobachtung an, weil im selben Saal ein Patient mit Erythrodermia exfoliativa generalisata lag, so dafs zu differential-diagnostischen Studien günstigste Gelegenheit geboten war. Die Verfasser begründen ihre Diagnose auf dem Aussehen der Schuppen, der Beschaffenheit der Erythrodermie und dem Vorhandensein des Nikolskyschen Symptoms. Die Schuppen waren feucht, fettig und gelblich und hafteten mit ihrer Fläche, nicht mit ihrern Rändern an der Unterlage. Die Erythrodermie bestand in einer feuchten, leicht körnigen Rötung der Epidermis. Die Hornschicht endlich liefs sich auch an gesunden Hautstellen durch einfaches Reiben leicht abheben (Nikolskysches Symptom). *Türkheim-Hamburg.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1903. Heft 1.

Über den Wert des Albargins bei der Behandlung der Blennorrhoe, von C. Vignolo-Lunati. Im Gegensatze zu Jadassohn, welcher die Silbereiweifs-Kombination in der antiblennorrhoischen Therapie als einen Irrtum betrachtet, zählt Verfasser eine ganze Reihe von Vorteilen auf, welche nach seinen Erfahrungen dem Albargin (Silbergelatose) zukommen sollen: leichte Anwendungsweise und meist rascher und sicherer Erfolg; Indikation sowohl in akuten als in subakuten und chronischen Fällen; bedeutende spezifische Wirksamkeit bei Mangel an reizenden Nebenerscheinungen; Fehlen von Intoleranzerscheinungen; Eintreten der günstigen Wirkung bereits nach den ersten Tagen der Behandlung, und zwar sowohl in subjektiver (Schmerzen) als in objektiver (Sekretion) Beziehung.

Im ganz akuten Stadium wurden zweimal täglich Injektionen einer 1—2‰igen Lösung, bei akuter Urethritis posterior Instillationen mit 1—6‰igen Lösungen gemacht, ebenso in den chronischen Fällen. Bei den chronischen Urethrocystiten blieb jeder Erfolg aus.

Beitrag zum Studium des Erythema exsudativum multiforme (Fortsetzung), von R. Panichi. Folgen wieder eine ganze Reihe von Fällen mit Tabellen über Blut- und Urinuntersuchungen und Beschreibung des mikroskopischen Befundes. Was den letzteren anbelangt, so fafst der Verfasser seine Ansichten in folgenden Sätzen zusammen: In der Reihe der Hautaffektionen, welche dem Erythema exsudativum multiforme entsprechen (und den verwandten Formen), besteht das Substrat der Läsion in einer mehr oder weniger intensiven serösen und korpuskulären Exsudation, welche in der Mehrzahl der Fälle vom oberflächlichen Gefäfsnetze der Cutis ausgeht und sich von da nach der Tiefe und nach der Oberfläche ausbreitet, und zwar je nach den Fällen in verschiedener Weise. Das Bindegewebe beteiligt sich passiv an dem Prozesse, und zwar nur in den komplizierteren Formen. Der früher vielfach benutzte Begriff einer Angioneurose genügt zur Erklärung dieser Tatsachen nicht mehr, wohl aber derjenige der „Entzündung“, indem auch in den leichtesten Fällen von wahrem Erythema polymorphum Gefäfsdilatation und mehr oder weniger ausgesprochene und anhaltende seröse Exsudation niemals fehlt. Entgegen der gegenwärtigen Tendenz, die Reihe dieser Veränderungen zu vergröfsern und dadurch auf das Gebiet anderer klinisch selbständiger Dermatosen überzugreifen, ist der Verfasser der Ansicht, dafs man streng auf die Formen des eigentlichen Erythema polymorphum beschränkt bleibe,

zu welchem er neben dem Erythema iris, phlyktaenoides etc. das Erythema nodosum und eine Anzahl anderer Formen rechnet, welche unter gewissen individuellen Bedingungen einen Verlauf und gewisse morphologische Eigentümlichkeiten aufweisen, welche sie an die Seite der indurierten Erytheme stellen lassen.

Über die Fibrillation des Protoplasma in den Zellen der Epidermis und der Tumoren ektodermalen Ursprungs (Schlufs), von Migliorini. Die hier beschriebenen Fälle gehören dem Typus der Cylinder- und Alveolärcarcinome an. Die am Anfange seiner Arbeit gestellten Fragen beantwortet der Verfasser in folgender Weise: Es gibt sowohl im normalen als im pathologischen Felde epitheliale Elemente, welche dem epidermalen Typus angehören, bei denen man zwei Arten von Strukturen nachweisen kann, eine fibrilläre und eine retikuläre, welche sich beide in verschiedener Art färben; in einzelnen Zellen dieser Kategorie fehlen dagegen die fibrillären Elemente. Neben den Fibrillen kommt in den Zellen eine andere Substanz vor, welche sich an der Bildung jener festen Masse beteiligt, die Herxheimer Reticulum und Unna Spongioplasma genannt hat. Die Fibrillation gehört somit nicht unbedingt zum Aufbau des Protoplasmas, indem sie fehlen kann, ohne dafs die Zelle ihren Charakter als Deckepithel dadurch verliert. Vom embryonalen Standpunkt aus betrachtet sehen wir die Fibrillation ihren normalen, ausgebildeten Typus erst in einem gewissen Alter auftreten; von da an erhält sie sich in den sich beständig erneuernden Elementen (zum Ersatze derjenigen, welche infolge der epidermalen Evolution eliminiert wurden). In pathologischer Beziehung kann der Erscheinung der Fibrillation keine Bedeutung beigemessen werden, indem dieselbe sowohl bei malignen als bei gutartigen Tumoren beobachtet wurde.

Atypische Psoriasis bei einem an chronischer Arsenikintoxikation leidenden Patienten, von Artom. Bei dem 36 Jahre alten Landarbeiter wurden neben den typischen Psoriasisefflorescenzen eine Reihe anderer Hauterscheinungen konstatiert, welche sich im Verlaufe der Zeit nach einer lange fortgesetzten Arsenikkur ausbildeten: erhabene, kegelförmige Elemente von bräunlich-grauer Farbe und deutlich rupiaartigem Aussehen; in Regression begriffene Efflorescenzen, umgeben von einem Kreise von Schuppen, wodurch die Plaque ein circinäres Aussehen erhält. Diese vom Typus der Psoriasis vollständig abweichende Eruption war mit ziemlich heftigem Jucken verbunden. Aufserdem bestand Albuminurie. Der Patient wurde unter drei Malen in der Klinik aufgenommen, und zeigte es sich, dafs sich die atypische Eruption auf dem Boden ausgebildet hatte, wo man bei den früheren Aufnahmen die Arsenmelanose konstatiert hatte. Verfasser rechnet diese atypische Form der Psoriasis zur Parapsoriasis lichenoides von Brocq (Parapsoriasis lichenoïde et en plaques). Der histologische Befund stimmt im grofsen und ganzen mit den Untersuchungsresultaten von Brocq, Fox etc. überein.

Psoriasis infantium, von P. Benassi. Verfasser zählt 14 Fälle von Psoriasis bei Kindern im Alter von 16 Monaten bis 10 Jahren auf und konstatiert, dafs die Affektion bei Kindern sehr selten ist, indem sie bei solchen unter 5 Jahren nur 1% aller Fälle ausmacht, was er auf die besonderen anatomischen und physiologischen Bedingungen der Haut in diesem Alter zurückführt, sowie auf die besonderen Lebensbedingungen des Kindes. Auf die Entwicklung der Psoriasis beim Kinde sind von Einflufs das Vorausgegangensein anderer entzündlicher Prozesse der Haut, schlechte allgemeine und lokale hygienische Bedingungen und hauptsächlich auf unpassende Bekleidung zurückzuführende äufsere Reize. Die Psoriasis beim Kinde zeigt sich häufig in Gestalt von atypischen Varietäten in Bezug auf Topographie, Form, Komplikationen (besonders mit nässenden Formen). Der Verlauf ist meist weniger schwer als beim Erwachsenen, indem die Eruption weniger ausgedehnt und intensiv ist und ihre Dauer

kürzer. Verfasser meint, dafs ein genaueres Studium der infantilen Psoriasis vielleicht wertvolle Aufschlüsse über die Pathogenese der Affektion liefern könnte.

Die Phototherapie beim Lupus vulgaris mit Hilfe der konzentrierten chemischen Strahlen, von Bellini. In einem vom Verfasser unlängst herausgegebenen Werkchen (Manuale di Fototerapia e Radiografia) hatte er Finsen als den Urheber der Methode bezeichnet. Neuerdings hat aber Sciascia (La Fototerapia, 1902) die Erfindung für sich beansprucht und wurde darin von Schivardi unterstützt. Der letztere schrieb nämlich im *Corriere Sanitario* (1902. No. 24): „Finsen hat weiter nichts als das Licht nach derselben Methode, mit derselben Technik und demselben Instrumentarium angewendet, wie der italienische Arzt (Sciascia), aber drei Jahre später als der letztere." Dementgegen hält Bellini an seiner Behauptung fest, wenn auch Finsen nicht der erste war, welcher auf den Gedanken kam, das Licht zu therapeutischen Zwecken zu verwenden. *C. Müller-Genf.*

Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.

1903. No. 2.

Dermosyphilopathisches Institut der kgl. Universität zu Palermo. Statistischer Bericht über das Jahr 1902, von J. Callari. Bei 1400 Patientinnen wurden im Verlaufe des Jahres 1823 Ulcera venerea konstatiert; 32,1% waren mit Bubonen kompliziert. In den Bubonen wurde der Ducreysche Bacillus nur da gefunden, wo die Eiterung nicht oder kaum begonnen hatte. Unter den therapeutischen Topicis ist noch immer das Jodoform am meisten zu empfehlen. Beim sogenannten chronischen Ulcus venerereum leistet die Kauterisation mit dem Thermokauter die besten Dienste. Auch diesmal wurde konstatiert, dafs die Mehrzahl der weichen Schanker auf den Sommer und Herbst fallen. Die Statistik über die behandelten Fälle von Hautkrankheiten bietet nichts besonderes. *C. Müller-Genf.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1903. Heft 1.

Die Widerstandskraft der Blutelemente bei einigen Syphilitikern gegenüber dem Blutserum aus Organen mit gesunder oder auf experimentellem Wege veränderter Innervation, von V. Montesano. Es wurde einem Kaninchen ein 0,5 cm langes Stück aus einem Nervus cruralis reseziert, an dessen Stelle einige Partikelchen von einem sarkomatösen Tumor inokuliert und die Wunde vernäht. Die letztere heilte per primam und war von keinerlei entzündlichen Erscheinungen gefolgt. Drei Wochen später wurde bei demselben Kaninchen aus den oberflächlichen Venen der hinteren Extremitäten Blut enthoben und mit demselben Serum bereitet. Das Blut der beiden Extremitäten wurde in zwei verschiedenen Rezipienten aufgehoben. Danach wurden Blutstropfen von einem Syphilitiker mit diesem Serum in Berührung gebracht, wobei es sich zeigte, dafs nach einer Stunde in den Präparaten mit Serum vom gesunden Beine noch Erythrocyten vorhanden waren, während dies nicht mehr der Fall, wenn das Blut mit dem Serum von der operierten Extremität in Kontakt gebracht worden war.

Das Mikrosporon der Nägel (Pityriasis versicolor unguium), von Campana. Diese Lokalisation des Pilzes war bisher noch nicht beschrieben worden; Verfasser hat aber derartige Fälle beobachtet: es treten weifsliche Flecken auf dem Nagel auf, welcher spröder wird. Mikroskopisch lassen sich die spezifischen Sporen und Mycelien gut erkennen.

Einige Patienten der dermosyphilopathischen Klinik unter der Wirkung von altem Tuberkulin, von Campana. Aus den beiden mitgeteilten Krankengeschichten (1. Kniegelenkstuberkulose, Roseola specifica, Vulvo-Vaginitis blennorrhoica; 2. skrophulöse Hautulcerationen) geht hervor, dafs das Tuberkulin, verbunden mit einer passenden lokalen Behandlung (Kälte, Kompression, Ruhe) in Fällen von tuberkulösen exsudativen Gelenksentzündungen sowie bei hyperplastischen Entzündungen der Lymphdrüsen sehr gute Dienste zu leisten vermag.

Die Reaktionsweise des Blutes, als Gewebe betrachtet, gegenüber dem Tuberkulin, von Terzaghi. Nach Injektionen von Tuberkulin erfolgt eine Vermehrung der weifsen Blutkörperchen und zwar besonders der mononukleären; andererseits konstatiert man eine Veränderung in der ganzen Protoplasmamasse der weifsen und roten Blutkörperchen in dem Sinne, dafs die Widerstandsfähigkeit und die chromophile Affinität vermindert sind.

Psoriasis phlyktaenoides et nodularis infolge von hereditärer Syphilis, von Lanzi. Bei der Beschreibung dieses Falles wird auf die grofse Seltenheit der Form aufmerksam gemacht. *C. Müller-Genf.*

Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten.

1908. Bd. V. (Januar bis März.)

Heft 1.

Über das Schicksal der Leprabacillen im tierischen Organismus (der Meerschweinchen), von W. Iwanow. (Mit Tafeln.) Nach 24 Stunden schon verfallen die in die Bauchhöhle eingespritzten Bacillen der Phagocytose, an der sich vom dritten Tage an ausschliefslich die Mononukleären beteiligen. Der Kampf vollzieht sich vorwiegend im Omentum. Nach acht Monaten ist ein Teil der Bakterien durch die makrophagen Elemente verdaut, der weit gröfsere Teil dagegen bleibt unversehrt und findet sich auch in der Milz, Leber, Niere und dem Knochenmark, wohin sie übrigens genau so gelangen, wenn sie auch nur subcutan eingeführt werden. Die Inguinaldrüsen sind immer befallen. In der Milz war eine ausgesprochene polynukleäre Leukocytose zu finden. Die vor der Impfung bei 120° genau sterilisierten Leprabacillen fanden sich noch nach $2^1/_2$ Monaten vollständig intakt im Omentum. In einem Falle sprach der Befund sogar für die Möglichkeit einer weiteren Vermehrung derselben im Organismus. — Die beigegebenen farbigen Tafeln illustrieren diese Befunde.

Der schmerzlose oder „torpide" Tripper, von J. Selenew. Atypische Fälle, die jedes akute schmerzhafte Stadium mit stärkerer Sekretion ganz vermissen lassen und meist der Aufmerksamkeit des Kranken gänzlich entgehen. Der mikroskopische Befund genügt zur Aufklärung.

Heft 2.

Zur Frage der Gefäfsalteration im weichen und im harten Schanker, von J. Himmel. In beiden werden im Infiltrat selbst die Arterien weniger stark als die Venen und die Lymphgefäfse befallen. Quantitativ sind die Veränderungen — speziell der Arterienwandungen — des weichen Schankers geringer als im harten. An der Peripherie des Infiltrates sieht man beim Ulcus durum zumeist nur die Venen und die Lymphgefäfse wesentlich verändert; während der weiche Schanker beinahe ausschliefslich die Lymphgefäfse befallen zeigt. Die Arterienwandungen sind in beiden Fällen kaum angegriffen. In jenen indurierten Schankern, die ödematös bezw. nur schwach ausgeprägte Härte zeigen, entsprechen die Gefäfswandveränderungen

innerhalb des Infiltrates den schwächeren Alterationszuständen, die wir bei ausgebildeten Indurationen nur an der Peripherie sehen. Qualitativ lassen sich folgende Unterschiede aufstellen: im weichen Schanker sind die destruktiven Veränderungen bei allen Schichten der Gefäſswand gleichmäſsig zu sehen, ebenfalls die Desquamation und die Schrumpfung des Endothels. Beim harten hingegen ist die Hyperplasie und Hypertrophie der Bindegewebsfasern der Adventitia besonders stark ausgeprägt. Die entsprechenden Veränderungen der Media und der Intima gehen mit der Proliferation und der Quellung des Endothels einher. Die „gemischten" Formen wurden nicht untersucht.

Heft 3.

Ein Fall von Urticaria perstans mit Pigmentierungen kompliziert durch Alopecia areata, von F. Goljachowsky. Beide Zustände bestehen von der Kindheit an. Die Lokalisation der als Urticaria perstans diagnostizierten juckenden, papulösen, chronischen Affektion auf dem Kopfe wäre als Unikum zu betrachten.

Über die Radiographie der syphilitischen Knochenveränderungen, von A. Tichonowitsch. (Mit einer Tafel.) Der Fall betrifft die Syphilis der Patella.

Neue Tatsachen über den Syphilisbacillus, von M. Joseph und Piorkowsky. Eine Übersetzung des in Karlsbad gehaltenen Vortrages.

Über den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in Odessa, von A. Grünfeld. Hat nur lokales Interesse.

Über die Ätiologie der Haemospermia vera, von G. Wolfsohn. Ein ausführlicher kasuistischer Beitrag. Verfasser führt die Blutbeimengung bei der Ejakulation auf die gleichzeitig bestehende Nephritis zurück. *A. Sack-Heidelberg.*

Bücherbesprechungen.

Abriſs der allgemeinen oder physikalischen Chemie. Als Einführung in die Anschauungen der modernen Chemie, von Carl Arnold-Hannover. (Leopold Voss, Hamburg-Leipzig 1903.) Das vorliegende handliche Werkchen stellt einen erweiterten teilweisen Abdruck aus des gleichen Verfassers in Vorbereitung befindlicher 11. Ausgabe Repititorium der Chemie, nämlich der allgemeinen Chemie, dar. In klarer, knapper und auch dem Nicht-Chemiker leicht verständlicher Form führt uns Arnold durch die Gebiete der physikalischen Chemie hindurch, die Stöchiometrie und die Verwandtschaftslehre als Hauptabschnitte einhaltend. Nach Erläuterung des Wesens der chemischen Vorgänge und ihrer Ursachen werden die Verhältnisse des Gewichts und des Raumes bei ihnen besprochen: „Das Gesamtgewicht der bei einer Verbindung oder Zersetzung erhaltenen Stoffe ist stets gleich der Summe der Gewichte aller an den Vorgängen sich beteiligender Stoffe. — Die Elemente vereinigen sich zu Verbindungen nicht in beliebigen, sondern nur in ganz bestimmten, unabänderlichen relativen Gewichtsverhältnissen. — Viele Elemente können sich miteinander in mehr als einem Gewichtsverhältnis verbinden, also mehrere Verbindungen bilden, was dem Gesetz der konstanten Proportionen zu widersprechen scheint; betrachtet man aber diese Gewichtsverhältnisse näher, so findet man, daſs sie stets ein ganzes Vielfaches der niedrigsten in Verbindung tretenden Gewichtsmengen der betreffenden Elemente sind. — Das Volumen einer durch Vereinigung von Gasen entstandenen, gleichfalls in Gasform gemessenen Verbindung ist entweder gleich der Summe der Volumina der Bestandteile, oder es ist in einem durch ganze Zahlen ausdrückbaren Verhältnisse verkleinert". Des weiteren bespricht der Verfasser die Atom- und Molekültheorie, die

Bestimmung des Molekulargewichts und Atomgewichts, die Theorien der Wertigkeit der Elemente, Allotropie und Isomerie, die physikalischen sowie chemischen Methoden zur Bestimmung der Konstitution chemischer Verbindungen, die Eigenschaften der Molekularaggregate — feste Stoffe, flüssige, gasförmige Stoffe, physikalische Gemenge — und die Beziehungen zwischen Atomgewichten und den Eigenschaften der Elemente. Im zweiten Abschnitt befinden sich die Hauptkapitel: Chemische Verwandtschaft, chemische Mechanik — Statik und Kinetik; Thermochemie — Allgemeines, Umwandlung von Wärme in chemische Energie und chemischer Energie in Wärme; Elektrochemie — Umwandlung von elektrischer Energie in chemische, Theorie der Jonen oder der elektrolytischen Dissoziation, Umwandlung von chemischer in elektrische Energie; Photochemie — Umwandlung von chemischer Energie in strahlende Energie und umgekehrt. *Hopf-Dresden.*

Die Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten im deutschen Reiche, von C. Ströhmberg-Dorpat. (Ferdinand Enke, Stuttgart 1903.) Der Verfasser bespricht zuerst die ansteckenden Krankheiten des Geschlechtslebens selbst und dann die Wege ihrer Verbreitung. Abgesehen vom perversen Sexualleben unterscheidet Ströhmberg den biologisch normalen, monogamischen und den biologisch abnormen, polygamischen Geschlechtsverkehr. Ersterer entspricht etwa der staatlich und kirchlich anerkannten Ehe. Daſs er so oft verlassen und mit dem polygamischen Sexualleben vertauscht wird, beruht auf dem „komplizierten Nervenleben" des Menschen, sofern nicht eine rationelle Erziehung und Schulung des Willens im Jugendalter, sowie die Erkenntnis von der Notwendigkeit und dem Vorteil eines gemäſsigten Geschlechtsverkehrs hemmend auf diese Abschweifungen von der biologischen Norm einwirken. Der polygamische Verkehr kann sowohl ein polygynischer als ein polyandrischer sowie auch ein unregelmäſsig gemischter sein, insofern Frauen, die mit vielen Männern zu verkehren pflegen, und umgekehrt Männer, die mit vielen Frauen geschlechtlich zu leben gewohnt sind, zusammen dem Geschlechtsakt huldigen. Dieser Verkehr ist rechtlich betrachtet illegitim, religiös betrachtet sündig, vom Standpunkt des Staates und der Gesellschaft antisozial, der Moral aus unsittlich. Er ist die in Deutschland häufigste der drei erwähnten Arten des polygamischen Geschlechtslebens. Bezüglich der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Deutschland zieht der Verfasser seine Schlüsse, die zum Teil Analogieschlüsse sind, aus der Militärstatistik sowie Guttstadts Verbreitung der venerischen Krankheiten in Preuſsen. Letztere Arbeit zeigt, daſs sich die Häufigkeit des Vorkommens geschlechtlicher Krankheiten in den 107 berücksichtigten Orten verschieden verhält. Auf dem flachen Lande sind die Verhältnisse günstiger, in den Städten schlechter; am bedenklichsten liegen sie in den gröſseren Städten. Als Ausnahmen darf man z. B. Wilhelmshaven anführen, sowie etwa Spandau. Ersteres ist der Gröſse nach an die 83. rangiert, letzteres an die 28. Stelle unter den erwähnten 107 Städten. Doch kommt, was venerische Durchseuchung betrifft, das kleine Seestädtchen an die erste Stelle, während die groſse Provinzstadt erst die 87. Stelle einnimmt. (Morbidität in der Marine 119,7, im Landheere 21°/o.) In Frankfurt, Danzig und Solingen entspricht die beziehentliche Ausdehnung der sexuellen Infektionen absolut der Gröſse dieser Orte; bei 56 Städten ist erstere kleiner, bei 48 gröſser, als man nach dem Umfang der Stadt annehmen sollte. Die Ausbreitung der sexuellen Seuchen ist am ausgeprägtesten in Ost- und Westpreuſsen, in Posen, im hieran grenzenden Teile der Provinz Brandenburg, im südöstlichen Abschnitt der Provinz Schlesien, an der Küste der Nord- und Ostsee, in den Elbherzogtümern und im südlichen Rheinland. Eine beigefügte kolorierte Karte illustriert diese Befunde. Der Verfasser wendet sich hierauf zur Besprechung des Trippers, der Syphilis und des Ulcus molle. Der Tripper wird nach seinen Angaben etwa viermal häufiger er-

worben als die Syphilis und hat eine weit gröfsere Verbreitung als diese. Er nimmt auch in der Behandlung des Stoffes durch Ströhmberg im Buche die erste Stelle ein. Die Verbreitung der Blennorrhoe durch die Ehe kommt bedeutend weniger in Betracht als die auf aufserehelichem Wege. In der Ehe rührt die Ansteckung meist vom Ehemann her, bei dem eine frühere Erkrankung trotz Mangels irgendwelcher oder deutlicher Erscheinungen sich als noch nicht ausgeheilt herausstellt. Eine Übertragung frischer Harnröhrenkatarrhe durch leichtsinnige Ehemänner erfolgt weitaus weniger häufig. Infektionen des Gatten durch die während des Ehestands frisch erkrankte oder früher krank gewesene Gattin gehören zu den Seltenheiten. Nun ergibt sich aus dem allem Übermafs in sexueller Hinsicht abgeneigten Wesen des ehelichen Lebens, dafs die Aussichten eines Trippers auf Heilung hier viel günstiger sind, als bei den Anhängern zügel- und regellosen Geschlechtsverkehrs. Im weiteren Verlauf seiner Abhandlung wendet sich dann Ströhmberg zu den Mitteln gegen die Geschlechtskrankheiten, der Belehrung über den Nutzen der Männerkeuschheit und die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und zur Behandlung der Patienten, namentlich der Prostituierten. Bezüglich der letzteren ist der Verfasser der Ansicht, dafs von den 10000 im deutschen Reiche lebenden kranken Prostituierten 8300 ambulant behandelt werden und nur 1700 sich in klinischer Pflege befinden, während doch eigentlich alle 10000 stationär kuriert werden müfsten. *Hopf-Dresden.*

Geschlechtskrankheiten und Rechtsschutz. Betrachtungen vom ärztlichen, juristischen und ethischen Standpunkt, von Max Flesch und Ludwig Wertheimer-Frankfurt. (Gustav Fischer, Jena 1903.) Ein sehr interessantes, leicht verständliches Buch, dessen Lektüre sehr zu empfehlen ist. Das bürgerliche Gesetzbuch sieht zweierlei Gründe zur Scheidung vor, absolute und relative. Zu ersteren gehören Ehebruch, Bigamie u. a. Zu den letzteren sind alle solche Verhältnisse zu zählen, bei denen ein Ehegatte durch schwere Verletzung der ehelichen Pflichten oder durch ehrloses oder sittenloses Verhalten eine die Fortsetzung der Gemeinschaft für den anderen Teil zur Unmöglichkeit gestaltende Zerstörung des Ehelebens herbeigeführt hat. In diese Rubrik gehören auch die Geschlechtskrankheiten. Ihr Bestehen an und für sich bedingt noch nicht das Recht auf Scheidung. Erkrankungen, die vor Eingehen der Ehe erworben wurden, spielen keinerlei Rolle im Scheidungsprozefs. Ist ein Ehegatte während des Bestehens der Ehe erkrankt, so gilt nicht seine Krankheit, sondern der Ehebruch als Scheidungsgrund. Letzterer aber ist erst zu beweisen, nachdem venerische Leiden auch extragenital übertragbar sind. Zur Anfechtung einer Ehe gibt nur der Irrtum über persönliche Eigenschaften einen Grund. Zu solchen neben den moralischen (Trunksucht) und psychischen (Geisteskrankheit) in Betracht kommenden physischen Eigenschaften zählen nun auch die Geschlechtskrankheiten. „Dadurch, dafs die Medizin die theoretische Möglichkeit der Erwerbung der Blennorrhoe und Syphilis seitens der Frau auch auf andere Weise als durch Geschlechtsverkehr für nicht ausgeschlossen erklärt, wird die Rechtslage der von ihren Männern mit Syphilis und Tripper infizierten Frauen so verschlechtert, dafs man diese Armen geradezu als rechtlos bezeichnen mufs.“ Es ist darum zu verlangen, dafs Tripper und Syphilis, die während der Ehe bei einem Gatten direkt oder indirekt sich zeigen, von selbst als Grund zur Ehescheidung gelten, ohne dafs erst der Ehebruch zu beweisen wäre. Aufserdem wäre die Eideszuschiebung als Beweismittel in allen Ehesachen zu gestatten, die sich auf das Auftreten der beiden genannten Geschlechtskrankheiten stützen, und zwar für Tatsachen, welche auf Entstehung und Art der Leiden sich erstrecken. Aufserdem müfste das Gesetz den einen geschlechtskranken Ehegatten behandelnden Arzt vor Gericht in Sachen damit zusammenhängender Ehescheidungsprozesse von seiner beruflichen Schweigepflicht entbinden. Soviel über den Rechts-

schutz in der Ehe. Des weiteren gehen die Verfasser auf das Leben außerhalb derselben ein und beleuchten diese Verhältnisse, auch geben sie eine recht anziehende und lehrreiche Kasuistik entsprechender Fälle. „Die bisherigen Vorschriften des Strafgesetzbuches reichen zur Bestrafung der Übertragung von Geschlechtskrankheiten vollständig aus. Nur müßten die leichtsinnigen und gewissenlosen Verbreiter dieser Krankheiten häufiger vor die Schranken des Gerichts gezogen werden."

Hopf-Dresden.

Prof. Ed. Langs Therapeutik für Venerische und Hautkranke, von Ed. Deutsch. 4. Aufl. Mit 9 Figuren. (Verlag von Joseph Safar, Wien 1903.) Dieses kurze Kompendium, welches einen Überblick über die an der Klinik des bekannten Wiener Dermatologen gebräuchlichen Verordnungen gibt, bildet ein wohl verwendbares Nachschlagebuch für den in die Praxis schon eingeweihten Arzt. Der erste Hauptabschnitt ist dem venerischen Katarrh gewidmet, mit welcher Bezeichnung also Verfasser von der sonst üblichen der „Blennorrhoe" abweicht. Bei den Mitteln, welche so zahlreich hier in Anwendung kommen und aufgeführt sind, fehlt als eines der neueren, die zweifellos nicht bloße Fabrikreklame darstellen, das Albargin. Merkwürdigerweise sind auch in dem weiteren Kapitel über venerische Warzen die althergebrachten und meist sehr wirksamen (wenigstens nach des Referenten Erfahrung) Summitates sabinae nicht erwähnt. Eine kurze Betrachtung über Neurosis sexualis ist eine dankenswerte Bereicherung des Buches. Bei den Injektionsmitteln (allgemeine Behandlung der Syphilis) wird in erster Linie das bekanntlich von Lang eingeführte Ol. cinereum trotz seiner umständlichen Herstellung empfohlen, es wird an der genannten Wiener Klinik am meisten angewandt. Abweichend von der allgemeinen Regel (der intramuskulären Injektion) werden hier die Einspritzungen sowohl der unlöslichen wie löslichen Präparate (Sublimat) subcutan (unter Aufhebung einer Hautfalte) gemacht und zwar meist in die Rückenhaut, selten in der Glutäalgegend und auch hier nur subcutan. Kurz und treffend ist die Behandlung der hereditären Lues beigefügt. Der zweite Hauptabschnitt des Buches, die Hautkrankheiten, wird eingeleitet durch allgemeine therapeutische Bemerkungen. Es kann nur mit großer Genugtuung konstatiert werden, daß hierbei so großes Gewicht auf die Reinlichkeit und die Leibwäsche gelegt und vor der sog. Jägerwäsche, welche mit Vorliebe wochenlang getragen wird, als häufiger Ursache von Hautaffektionen, besonders mykotischer Natur, eindringlichst gewarnt wird. Die Hautveränderungen im Gefolge anderer schwerer Affektionen wie bei Morbus Addisonii, Myxödem, Ikterus, Diabetes, ferner bei akuten Infektionskrankheiten (bei Typhus u. a.), Anthrax, Malleus, auch die akuten Exantheme sind in kurzen Zügen geschildert, bei der Behandlung der Blattern auch der Therapie (nach Finsen) mit rotem Licht gedacht. Von den eigentlichen Dermatosen ist wohl keine einzige von den Druckblasen an (clavi) bis zum Malum perforans pedis, Ulcus cruris u. s. w. vergessen. Eine Einteilung der nun folgenden großen Anzahl der Hautkrankheiten resp. Zusammenfassung in eine Reihe von Gruppen ist nicht ersichtlich, und würde es den Leser wohl interessieren, auch darüber aus Langs Schule etwas zu erfahren. Näher auf die einzelnen Erkrankungen und deren Therapie hier einzugehen, würde zu weit führen, es sei nur noch erwähnt, daß beim Lupus neben der Radikaloperation, deren Urgierung vor allem Lang betrieben hat, auch die übrigen Methoden und besonders die Röntgentherapie zu ihrem Rechte kommen (für ausgedehnteren Flächenlupus und solchen, wo die Schleimhaut gleichzeitig affiziert ist). Das alphabetische Register umfaßt alle in dem Buche angeführten Erkrankungen und Heilmittel, was zur raschen Orientierung sehr zweckdienlich ist.

Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

b. *Hoden und Samenbläschen.*

Die Wirkung des Silbernitrats auf die Vaginalis des verletzten, entzündeten und infizierten Hodens, von V. Montesano. (*Rif. med.* No. 46. April 1902.) Aufser bei einem an Vaginalitis testis leidenden Patienten hat Verfasser bei Tieren mit Injektionen von Silbernitrat experimentiert und kommt zu dem Resultate, dafs diese Injektionen, selbst bei Konzentrationen bis 1 %, niemals zu Nekrose des Organs führen, wenn man mit der nötigen antiseptischen Sorgfalt vorgeht. Die von anderen Autoren beobachteten üblen Zufälle sind stets auf Infektion bei der Injektion zurückzuführen. *C. Müller-Genf.*

Eine neue Operation zur Heilung der Ektopia testis congenitis, von M. Katzenstein-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 52.) Der vom Verfasser mitgeteilte Fall war dadurch kompliziert, dafs es sich einmal um einen jenseits der Pubertät stehenden Patienten handelte und dafs der zu operierende Hoden nicht wie die meisten ektopischen Hoden am äufseren Leistenringe, sondern in der Bauchhöhle lag. Um in diesem Falle den Samenstrang so zu verlängern, dafs der Hoden wirklich in normaler Höhe fixiert blieb, entschlofs sich Verfasser zu folgendem Verfahren: Wie bei der Hahnschen Methode wurde der äufsere Leistenring freigelegt, der Hoden aus dem Leistenkanal herausgezogen und durch eine am unteren Ende des Scrotums angelegte Öffnung nach aufsen gelagert. Dann wurde an der Innenseite des Oberschenkels in der Höhe der Berührungsfläche von Hodensack und Oberschenkel ein kreisrunder Hautlappen umschnitten, bis auf eine schmale Hautbrücke abpräpariert, umgeklappt und mit der unteren Circumferenz des Hodens breit vernäht; die Wunde am Oberschenkel wurde durch einige Nähte geschlossen. In den ersten zwei Wochen war die Hautbrücke aufserordentlich gespannt und gezerrt, nach drei Wochen war sie vollkommen weich und schlaff und wurde durchschnitten. Der Hoden blieb in normaler Höhe liegen. Des guten kosmetischen Resultates wegen möchte Verfasser sein Verfahren als Normalverfahren bei Ektopia testis empfehlen.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Konservative Chirurgie der Varicocele, von L. Longuet-Rouen. (*Presse méd.* 1902. No. 74.) Unter ersetzender Chirurgie der Varicocele versteht der Verfasser einen chirurgischen Behandlungsmodus, welcher die Heilung der Varicen des Hodensacks und der Stränge einzig durch die Konsolidierung der gedehnten und herabgezogenen Gewebe erstrebt. Diese Behandlung unterscheidet sich prinzipiell von allen bisher als klassisch betrachteten Eingriffen, welche zerstörend und radikal sind. Der Gedanke, auf welchen sich diese palliative Methode aufbaut, ist derjenige der allgemeinen Dystrophien mit Vorwiegen örtlicher Schwächen, wie sie unter anderem sich auch in der linken Genito-Scrotalgegend lokalisieren. Die Behandlung besteht in Annähen und Faltenbildungen. (Meist werden die Scrotopexie, Phlebopexie, Orchidopexie, Vaginopexie in Kombinationen zusammen ausgeführt.) Die Erfolge sind nach Angabe des Verfassers sehr vorzügliche. *Hopf-Dresden.*

Die Radikalbehandlung der Hydrocele mit Injektionen minimaler Quantitäten von Karbolsäure (zwei Tropfen), von Coley und Satterwhite. (*New York med. Journ.* 1902. No. 13.) Verfasser erklären, dafs nach einer eingehenden Prüfung

aller Behandlungsmethoden der Hydrocele diejenige von Levis (Injektionen von ganz geringen Mengen von Karbolsäure) sich am meisten bewährt hat. Sie empfehlen dabei die Benutzung der Spritze von Coley, welche viel besser als diejenige von Levis die Einspritzung so kleiner Mengen Flüssigkeit erlaubt. Nur ganz wenige Fälle bleiben durch dieses Verfahren unbeeinflufst; bei denselben mufs zur Resektion Zuflucht genommen werden. *C. Müller-Genf.*

Einige Punkte in der Ätiologie und Behandlung der Hydrocele der Tunica vaginalis, von Frank Cole Madden-Kairo. (*Edinb. med. Journ.* März 1903.) M. fand diesen Zustand auffallend häufig bei den eingeborenen Ägyptern, während die eingewanderten Europäer nur selten daran litten; er führt dies sowohl auf die Art der Kleidung (eng anschliefsende, mehr Schutz gewährende der Europäer) als auch besonders die Excesse der Eingeborenen in venere zurück. Es ist eine bemerkenswerte Tatsache, dafs in Ägypten auch die Pferde, Maulesel und Esel häufig mit Hydrocele behaftet sind, was auch an die Möglichkeit einer gemeinsamen Ursache für Mensch und Tier, etwa schlechte Wasserversorgung, denken läfst. Was die Behandlung betrifft, so kann bei Kindern einfache, aseptische Punktion genügen, bei Erwachsenen hält Verfasser die Radikaloperation für den einzigen Weg zur Heilung. Er macht eine freie vertikale Incision mit allen aseptischen Kautelen in den Hals des Scrotum, wobei dasselbe von einem Assistenten fest gespannt und der Tumor hoch bis nahe an den äufseren Leistenring gedrängt wird. Der Hautschnitt wird in seiner ganzen Länge vertieft, bis der verdickte Scrotalsack frei liegt, und nach eventuell nötiger Blutstillung mittels Skalpels eine Punktion gemacht und die Flüssigkeit entleert. Die Öffnung in die Tunica wird dann mittels Scheren erweitert und der ganze Inhalt des Scrotum aus dem Hautschnitt herausgehoben, nachdem die dünnen Fascienschichten mittels der Finger oder des Messerstiels gelöst sind, manchmal ist auch das Messer nötig, um stärkere Verwachsungen zu lösen. Die ganze Tunica vaginalis, einschliefslich eines verlängerten Streifens, welcher oft beinahe bis zum äufseren Leistenring geht, wird exzidiert mit Ausnahme eines hinteren Streifens, welcher Hoden, Nebenhoden und unteres Ende des Samenstranges bedeckt; dabei ist darauf zu achten, dafs die Tunica nicht zu nahe am Hoden abgetrennt wird (Gefahr heftiger Blutung). Naht und aseptischer Verband. Eiterung kann selten vorkommen, in welchem Falle die Wunde wieder geöffnet, mit einem Antiseptikum ausgewaschen und drainiert werden mufs. Hydrocele infolge von tertiärer Syphilis mufs, wenn sie nicht bald auf die Allgemeinbehandlung reagiert hat, auf dieselbe Weise behandelt werden. M. erlebte niemals ein Rezidiv der Hydrocele, wenn die Radikaloperation auf die oben beschriebene Art ausgeführt worden ist, und er hält dies auch für kaum möglich, da kein Hohlraum, in welchem sich Flüssigkeit ansammeln kann, zurückgelassen wird. *Stern-München.*

Mitteilung über die Wirkung des Yohimbinum-Spiegel bei den heilbaren Formen der sexuellen Impotenz, von d'Amato. (*Bolletino delle malattie ven., sifilitiche, urinarie e della pelle.* 1902. No. 12.) Verfasser empfiehlt das Präparat bei psychischer, nervöser und neurasthenischer Impotenz als geradezu unfehlbares und vollständig unschädliches Mittel. *C. Müller-Genf.*

Yohimbin (Spiegel), ein neues Alkaloid, Specificum gegen Impotenz, von M. Lewitt-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 47 u. 48.) Aus dem Sammelreferat des Verfassers ist zu entnehmen, dafs fast alle Autoren in der günstigen Beurteilung des Yohimbins als Mittel gegen neurasthenische Impotenz einig sind. Die Mifserfolge Krawkoffs erklären sich teils durch die Kürze der Versuche, teils durch die Anwendung zu starker Dosen, und die negativen Erfahrungen von Hess beweisen nichts gegen die Wirksamkeit des Mittels, da der einzige Impotente, bei dem es ver-

sucht wurde, eine Besserung erfuhr, während die übrigen Versuchspersonen, bei denen HESS eine Beeinflussung vermifste, überhaupt nicht impotent waren. Einstweilen kann wohl das Urteil EULENBURGS als mafsgebend geltend, dafs das Yohimbin zwar kein Specificum gegen Impotenz sei, aber bei Behandlung der neurasthenischen Impotenzformen jede andere Form medikamentöser Therapie überflüssig machen werde.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Zur Kritik der GASSENschen Apparate für die Behandlung der Impotentia virilis, von PAUL DETTMAR-Leipzig. (*Die med. Woche.* 1902. No. 44.) Verfasser bespricht die mit vieler Reklame vertriebenen Apparate des Ingenieurs GASSEN, den Erektor, Kompressor, Ultima cumulator und zeigt deren Fehler. Die trotzdem öfters damit erzielte Wirkung hält er für suggestiv, ja, Verfasser meint, dafs teilweise der blofse Besitz eines solchen genügt, um den Patienten potent zu machen. Jedenfalls haben die teuren Instrumente nur sehr wenig Wert, wie auch schon FÜRBRINGER und andere gezeigt haben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

c. *Prostata.*

Prostatitis und Sterilität, von BERTHOLD GOLDBERG-Köln. (*Die Heilkunde.* 1902. No. 11.) Verfasser hat an 22 Patienten mit Prostatitis den Einflufs auf die Sterilität geprüft. Von diesen zeugten 17 Kinder, fünf Ehen blieben kinderlos, doch war nur bei einem sicher die Prostatitis die Ursache. Die weitaus überwiegende Mehrzahl der Personen mit Prostatitis chronica erzeugt Kinder. Bleiben sie kinderlos, so konkurrieren meist mehrere Möglichkeiten für die Impotentia generandi.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Kasuistik der Prostatageschwülste im Kindesalter, von L. LEVY-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 10.) Beschreibung eines Falles von Myxosarkom der Prostata, das wenige Wochen nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen den Damm vollständig durchbrach und so stark wuchs, dafs bald die ganze Gegend vom Scrotum bis über den Anus hinaus von blumenkohlartigen, bis zu einer Höhe von 3 cm über die Umgebung sich erhebenden, rötlich-grauen Geschwulstmassen eingenommen war. Bei der Sektion zeigte sich, dafs die Prostata vollständig in der Geschwulst aufgegangen war. — Anschliefsend an die Beschreibung dieses Falles bringt der Verfasser eine kurze Besprechung der Prostatatumoren im allgemeinen. *Götz-München.*

Beitrag zur Symptomatologie des Prostatacarcinoms, von HANS DOERFLER-Weifsenburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 10.) Bei einem 62jährigen Manne, bei dem seit einem Jahre die Zahl der Urinentleerungen vermehrt war, ohne dafs aber irgend welche Harnbeschwerden bestanden, traten plötzlich bei wenig alteriertem Allgemeinbefinden die typischen Zeichen einer Periappendicitis mit Exsudatbildung auf; das Exsudat schmiegte sich auffallend eng an die Innenwand des kleinen Beckens an. Die Erscheinungen verloren sich rasch wieder, nur die schon zu Beginn der akuten Erkrankung konstatierte Albuminurie dauerte fort. Bei der Untersuchung per rectum fanden sich in der in toto vergröfserten Prostata zwei nufsgrofse, harte, nicht druckempfindliche Tumoren, die als Fibrome aufgefafst wurden. Beim ersten Versuch aufzustehen, traten unter Temperatursteigerung die Erscheinungen einer Urinstauung am rechten Nierenbecken auf; dieselben verschwanden unter Bettruhe bald wieder, stellten sich aber bei jedem Versuche aufzustehen wieder ein. Da man bei dem eigentümlichen Krankheitsverlaufe aufser an intermittierende Hydronephrose auch an die Möglichkeit, dafs ein Eiterherd im Abdomen vorhanden wäre, denken mufste, wurde eine Probelaparatomie gemacht und, da diese ein negatives Resultat hatte, auch noch die rechte Niere freigelegt. Vier Tage nach der Operation trat infolge

totaler Anurie der Exitus ein. Die Sektion ergab ein über faustgroſses Prostatacarcinom, das bereits den rechten Ureter ergriffen und stenosiert hatte und in die Blase durchgebrochen war, weiterhin Dilatation und Hypertrophie der oberen Partien des rechten Ureters, Dilatation des rechten Nierenbeckens, akute linksseitige Nephritis. Die akute Erkrankung, die unter dem Bilde einer Periappendicitis aufgetreten war, war, wie der Verfasser aus dem Sektionsbefunde schlieſst, eine von dem erkrankten Ureter fortgeleitete Entzündung. Bei aufrechter Körperhaltung hatte der Prostatatumor einen Klappenverschluſs des rechten Ureters bewirkt und so die Zeichen einer Urinstörung hervorgerufen. Bemerkenswert war insbesondere das Fehlen aller lokaler Erscheinungen. *Götz-München.*

Fortschritte in der Chirurgie der Prostata, von G. Frank Lydston-Chicago. (*Philad. med. Journ.* 19. Juli 1902.) Einen entschiedenen Fortschritt in der Kenntnis und Behandlung der Prostataerkrankungen bedeutet nach Verfasser die zunehmende Einsicht, daſs die sogenannte senile Prostatahypertrophie nicht eine physiologische Erscheinung des Greisenalters ist, sondern oftmals Folge von kongestiven und entzündlichen Veränderungen, die etwa im mittleren Lebensalter oder sogar schon viel früher auftreten. Die Beseitigung dieser Veränderungen verhütet die ernsten chronischen Störungen, die sie sonst unvermeidlich nach sich ziehen. Es ist besonders wichtig, irritative Affektionen des Blasenhalses rechtzeitig mit Sonden, Spülungen etc. zu behandeln. Ferner muſs die Prostata und ihre Umgebung von Blutüberfüllung befreit und die Resorption hyperplastischen Gewebes oder entzündlichen Exsudates befördert werden, am besten durch Massage. Residualharn ist an sich nicht so bedenklich, wie gewöhnlich angenommen wird, so lange er nur aseptisch bleibt. Mit der ersten Katheterisierung beginnt häufig erst die gefährlichste Periode. Erst wenn der Harn septisch geworden, ist regelmäſsige Entleerung und Ausspülung der Blase angezeigt, falls Operation verweigert wird. Die Erleichterung, die der Katheter bei völlig gesundem Urin dem Kranken schafft, beruht nicht auf der Entfernung des Residualharns an sich, sondern darauf, daſs das passierende Instrument die Hyperästhesie der Pars prostatica herabmindert. Das erzielt man aber sicherer mit soliden Bougies und Sonden, oder durch Applikation von Argent. nitr. — Die Dauer des Katheterlebens bemiſst Verfasser auf durchschnittlich fünf Jahre. — Die Statistik der Prostataoperationen wird, ähnlich wie jetzt die der Ovariotomien, günstiger ausfallen, wenn erst die Fälle früher diagnostiziert werden und nicht ausschlieſslich im vorgeschrittenen Stadium zur Operation gelangen. Die rationellste Methode ist Prostatektomie, je nach den Verhältnissen perineal oder suprapubisch. Den Berichten über die glänzenden Erfolge des Bottinischen Verfahrens steht Verfasser skeptisch gegenüber. Vorzuziehen sei jedenfalls L.s Modifikation, die Galvanokaustik von einem perinealen Einschnitt aus. *Levor-Frankfurt a. M.*

Die chronische Prostatitis. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 7.) Kurze Zusammenstellung all' der Medikamente und therapeutischen Maſsnahmen, die von den verschiedenen Autoren zur Behandlung der chronischen Prostatitis empfohlen werden. *Götz-München.*

Über „Effleurage" und „Pétrissage" der Prostata in Beziehung zu ihrer physiologischen Funktion, von Orlipski-Halberstadt. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 49.) Während die Pétrissage, das Kneten der Prostata zu therapeutischen und diagnostischen Zweken, vielfach geübt wird, ist die mildere Form des Streichens, die Effleurage, bisher nicht in Anwendung gekommen. Verfaser will auch ihr einen Platz in der Therapie anweisen, und zwar soll das Streichen der Aufbesserung der sog. inneren Sekretion der Drüse dienen. Verfasser sieht in dem Spermin ein von der Prostatadrüsenzelle aufgebautes Enzym, das zur inneren Sekretion ins Blut

bestimmt ist. Er hält es für feststehend, dafs das Spermin die aus irgend einer Ursache herabgesetzte Oxydationskraft des Blutes wieder zur Norm zurückzubringen und die sog. intraorgane Oxydation zu fördern im stande ist. Bei Krankheiten, die mit Abnahme der intraorganen Oxydation einhergehen, z. B. Asthma, Leukämie, Phthise, hat man Charcot-Leydensche Kristalle gefunden, deren Identität mit Sperminphosphatkristallen erwiesen sein soll. In den Kristallen ist das Spermin ungelöst, also unwirksam. Verfasser behauptet nun, dafs man in allen Fällen, wo Anzeichen für verminderte Entstehung löslichen Spermins vorliegen oder wo sein schnelleres und reichlicheres Hineingelangen ins Blut erwünscht ist, dies Ziel durch mildes Streichen der Prostata erreichen kann. Dementsprechend hält er die Effleurage indiziert bei Zuständen von Neurasthenie und Anämie, sowie prophylaktisch zur Verhütung von Quecksilberanämie bei spezifischen Kuren. Zur Stütze seiner hypothetischen Ausführungen greift Verfasser noch zu einer weiteren Hypothese. Die eosinophilen Zellen werden neuerdings bekanntlich als Schutz- und Abwehreinrichtungen unseres Körpers angesehen, bestimmt, dem Körper zur Bewältigung eingedrungener Feinde dienlich zu sein. Nun kommen Charcot-Leydensche Kristall- und eosinophile Zellen häufig zusammen vor, und es wird behauptet, die Granula der letzteren seien eine Vorstufe der Charcot-Leydenschen Kristalle. Aus der Identität dieser mit Sperminphosphatkristallen folgert Verfasser weiter, die eosinophilen Granula seien Konglomerate von Spermin und die Heil- und Abwehrwirkung der Eosinophilen hänge vielleicht mit der Sperminwirkung auf das Blut zusammen. So erscheint dem Verfasser das Spermin nicht blofs als einfaches physiologisches Tonicum, sondern als grofses Schutz- und Abwehrmittel unseres Organismus. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Über Prostatahypertrophie, von Louis Schooler-Des Moines Ja. (*Med. News.* 26. April 1902.) Kurze Übersicht über diagnostische Bedeutung, Prognose und Therapie dieses Leidens. Wenn keine Striktur in einem Falle, welcher dem Prostataalter entspricht, vorhanden ist, so kann nach Sch.s Ansicht der Katheter gewöhnlich alle Zweifel beheben und den Residualharn, welcher einer der deutlichsten Beweise für eine vorhandene Prostataaffektion sei, entfernen. Die Menge des Residualharns gibt nicht nur bezüglich des Zustandes der Prostata, sondern auch des der Blase Aufschlufs, da sie zunimmt, wenn die Blase schwach ist und deren Muskulatur die Kontraktionsfähigkeit verloren hat; die Untersuchung des Residualharns ist auch bezüglich der chemischen Veränderungen von grofser Wichtigkeit. Tumoren der Blase oder fibröse Degenerationen können dieselben Erscheinungen wie eine vergröfserte Prostata hervorrufen, selbst wenn dieselbe atrophisch geworden ist. Auch akute Entzündung und Ulceration der Pars posterior sollte bei der diagnostischen Untersuchung nicht aufser Auge gelassen werden. Die Prognose hängt von frühzeitiger Diagnose und rasch eingeleiteter Behandlung ab; in der Mehrzahl der Fälle kann diese nur eine chirurgische sein. Massage kann gar nicht in Betracht kommen, höchstens bei fehlerhafter Diagnose. Das „Katheterleben" ist von sehr zweifelhaftem Werte, hat wenig, wenn überhaupt, heilsamen Einflufs auf die Prostata, ist aber in der Hand derjenigen, welche glücklich genug sind, einer Infektion zu entkommen, der kontinuierlichen Aspiration oder Dauerdrainage vorzuziehen. Die Dilatation ist im stande, einen Weg für die willkürliche Harnentleerung per vias naturales zu bahnen und von gröfserem Werte und weniger gefährlich als alle die vorbenannten Prozeduren, sollte aber natürlich stets nur vom Arzte ausgeführt werden; diese Methode gibt besonders gute Resultate bei beginnenden Fällen und könnte noch bessere nach Verfassers Ansicht erzielen, wenn die Patienten zur Überzeugung zu bringen wären, dafs häufige und lange fortgesetzte Sttzungen notwendig seien. All' diese Mittel ebenso wenig wie der Blasenschnitt können aber nicht als radikale angesehen werden, sie werden in der

Absicht angewandt, zum Teile wenigstens die funktionelle Fähigkeit wieder herzustellen und so befriedigende Resultate zu erzielen, dafs eingreifendere Mafsnahmen nicht nötig sind (? Referent). *Stern-München.*

Die Therapie und pathologische Anatomie der Prostatahypertrophie, von C. S. WALLACE. (*Brit. med. Journ.* 29. März 1902.) An einer Reihe von anatomischen Präparaten, welche zum Teil in Abbildungen wiedergegeben sind, demonstriert W., dafs die sog. totale Enukleation des Organs eine Täuschung ist, indem in allen solchen Fällen höchstwahrscheinlich nichts anderes als Adenomata entfernt worden sind. Namentlich zeigt er auch, dafs die Kapsel der Drüsen, wovon in den Berichten viel die Rede ist, in Wirklichkeit pathologisch verändertes Drüsengewebe ist, und dafs an dem normalen Organ die Beziehungen zu der Harnröhre derartig sind, dafs ein eigentliches Enukleiren platterdings unmöglich ist. In der Tat ist bei den berichteten erfolgreichen Totalexstirpationen die anatomische Diagnose immer (oder fast immer) auf Adenoma gestellt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Symptome der Prostatahypertrophie, ihre Ursache und ihre Beseitigung, von EDWARD L. KEYES-New York. (*Philad. med. Journ.* 6. Dez. 1902.) Bei jeder Form der Prostatahypertrophie beruht die chronische Harnretention darauf, dafs das Orificium internum urethrae nach aufwärts gedrängt ist. Die Symptome der Affektion werden aber im letzten Grunde durch Kongestion bedingt. Letztere kann oft durch systematisches Katheterisieren, regelmäfsige Blasenspülungen, Urin-Antiseptica, Bettruhe und Mastdarmirrigationen zum Verschwinden gebracht werden, und mit ihr die auffälligsten Symptome. Doch bleibt das immer nur ein palliatives Verfahren. Ziel der ärztlichen Behandlung mufs stets die radikale Entfernung des Hindernisses für den Harnabflufs sein, und andererseits sind radikale Eingriffe, die nichts weiter als die Kongestion beleben, aufser im Notfalle ungerechtfertigt. — Von den Operationen widerrät K. die Kastration, die keine dauernde Atrophie, sondern nur vorübergehende Dekongestion bewirke. Die einfache perineale Prostatotomie ist in vielen Fällen unzureichend und gibt oft zu gefährlichen Blutungen Anlafs. BOTTINIS Operation hat besonders den Vorzug, dafs die gebrannten Rinnen persistieren. Indessen kann bei dem Arbeiten im Dunkeln die Art der Obstruktion, sowie Richtung und Umfang des galvanokaustischen Schnittes nicht genügend kontrolliert werden. Überdies treten nicht selten noch nach der Operation infolge mangelhafter Drainage schlimme Komplikationen ein. Die suprapubische Prostatektomie eignet sich für manche Fälle besonders starker Hypertrophie. Von den perinealen Methoden der Prostatektomie zieht K. die intravesikale vor, weil dabei das eigentliche Hindernis leichter zu erreichen ist, während bei der extravesikalen oft Gewebe unnötig entfernt wird. Am sympathischsten ist ihm das von CHETWOOD modifizierte BOTTINIsche Verfahren, die perineale Galvanoprostatektomie, bei der durch einen Medianschnitt des Perineum die Blase inzidiert und das Hindernis mit dem Galvanokauter gespalten resp. abgetragen wird. *Levor-Frankfurt a. M.*

Die chirurgische Behandlung der vergröfserten Prostata, von GEORGE E. ARMSTRONG-Montreal. (*Philad. med. Journ.* 27. Dez. 1902.) A. wendet seit etwa drei Jahren zur Operation der Prostatahypertrophie eine Methode an, bei der von einem suprapubischen Blasenschnitt aus die Prostata mit dem Galvanokauter in Angriff genommen wird. Dabei begnügt er sich nicht, wie BOUFLEUR, den vorstehenden Mittellappen abzutragen, je nach Bedürfnis in einen oder beide Seitenlappen Einschnitte zu machen und den Wulst unterhalb des Orificium internum zu durchtrennen, sondern er entfernt alle Teile der Prostata, die das allgemeine Niveau der Blasenwand überragen. Die Methode soll sich durch ihre Sicherheit empfehlen.

Levor-Frankfurt a. M.

Der gegenwärtige Stand der Behandlung der Prostatahypertrophie, von P. Dandridge-Cincinnati. (*New York med. Journ.* 3. Jan. 1903.) D. erhebt vor allem seine warnende Stimme gegen die Operationswut, welche jetzt diesem Leiden gegenüber einzureifsen droht und sicher dieselbe Reaktion zur Folge haben dürfte, wie ehedem bei so vielen gynäkologischen Operationen. Er ist vollständig überzeugt, dafs noch immer in den meisten Fällen von Prostatahypertrophie das beste Mittel der richtige Gebrauch des Katheters ist und führt ein paar sehr charakteristische Fälle zur Stütze seiner Behauptung an: ein 68jähriger und ein 80jähriger Mann hatten 6 resp. 15 Jahre lang mit dem Katheter gelebt, bei ersterem trat einmal Cystitis auf und wurde nach 14tägiger Behandlung geheilt, bei letzterem zeigte schliefslich die Autopsie, dafs die Hypertrophie sehr geringgradig und für keine Art von Operation angezeigt war. Immerhin gibt es aber eine beschränkte Anzahl von Fällen, wo die schlimmen Folgen der Hypertrophie, Cystitis und mangelhafter Abflufs des Urins, die Operation erheischen; bezüglich dieser plädiert nun D. wieder warm für die ältere Methode der perinealen Prostatektomie, welche in den meisten Fällen das Übel und deren schlimme Folgen gründlich zu beheben im stande sei — genaue Beschreibung eines solchen Falles, einen 70jährigen betreffend. Besonders geeignet ist die Prostatektomia perinealis auch bei gleichzeitiger Notwendigkeit, einen Stein zu entfernen, was eben in diesen komplizierten Fällen durch eine einzeitige Operation möglich ist. D., welcher diesen Vortrag bei der 15. Jahresversammlung der chirurgisch-gynäkologischen Vereinigung der nordamerikanischen Südstaaten (11.—13. November 1902) hielt, demonstrierte dabei eine Reihe von Präparaten über die bezüglichen Veränderungen an Prostata und Blase (von Whitowe teilweise stammend).

Stern-München.

Über die Behandlung der Prostatahypertrophie, von P. J. Freyer-London. (*Brit. med. Journ.* 8. Nov. 1902.) Der Verfasser berichtet über eine weitere Serie von Fällen, die er mit totaler Exstirpation der Prostata behandelt und zum gröfsten Teile auch von ihren langdauernden Beschwerden befreit hat. Es waren 21 Fälle, welche im Alter von 58—79 Jahren standen und vor der Operation infolge ihres Leidens dem Tode nahe waren. Bei 19 wurde eine absolute und vollständige Heilung erzielt. Ein Patient, der die Operation gut überstanden hatte und in natürlicher Weise urinieren konnte, starb 24 Tage später an akut einsetzender Mania. Ein anderer Fall, der sich sehr wohlbefunden hatte, starb am neunten Tage an Hitzschlag.

Berücksichtigt man das Alter und den Gesundheitszustand der Patienten, so mufs man sagen, dafs kaum eine andere Operation einen solch grofsen Prozentsatz von Heilresultaten aufzuweisen hat.

Nachdem durch den perinealen Schnitt die Prostatadrüse freigelegt, wird mit dem scharfen Fingernagel (nicht mit dem Messer) die Schleimhaut über den hervorragenden Teilen der Prostata gespalten und diese in ihrer Kapsel mit dem Zeigefinger enukleiert.

In der Diskussion bemerkt Prof. Alexander (New York: Die wahre Kapsel der Prostata entwickle sich aus der Beckenfascie und innerhalb dieser Kapsel und unabhängig von ihr befände sich die sekundäre Kapsel oder, wie Henry Thompson sie nannte, die prostatische Scheide.

Die Vergröfserung der Prostata trifft vorwiegend die lateralen Lappen derselben, während der Teil, welcher hinter der Urethra und vor den Samenausführungsgängen liegt, die Ursprungsstätte für krebsartige und andere pathologische Gewächse bildet. Ebenso wie Freyer, empfehle auch er bei Operationen den perinealen Schnitt und die möglichste Schonung der Pars prostatica urethrae.

P. Syms empfiehlt, um die Prostata dem Operateur leichter zugänglich zu

machen, einen von ihm konstruierten Prostataretraktor. Der Patient wird nach tiefer Narkotisierung mit Chloroform in Lithotomiestellung gebracht, Urethra und Blase gründlich und wiederholt mit Borsäurelösung ausgespült, die perineale Incision so tief gemacht, bis die Spitze der Prostata erreicht ist. Sodann wird der Gummiretraktor kollabiert in die Blase eingeführt, hierauf das innere, zwiebelförmige Ende von aufsen mit Wasser gefüllt und an den Blasenhals angezogen, wodurch die Prostata nach unten gedrängt wird und dem Auge des Operateurs deutlicher zu Tage tritt.

C. Berliner-Aachen.

Über ein in Diabetes mellitus übergegangener Diabetes insipidus mit Prostatahypertrophie, von J. Pignatti-Morano. (*Rif. med.* 1902. No. 61, 62.) Bei dem 33jährigen Patienten, welcher von seiner Kindheit an an Diabetes insipidus gelitten hatte, ohne die geringsten Beschwerden davon zu verspüren, begann in seinem 32. Jahre eine Reihe von Erscheinungen aufzutreten, welche nach der Untersuchung des Urins auf Diabetes mellitus zurückgeführt werden konnten, der sich ohne bekannte Ursache zum insipidus hinzugesellte. Aufserdem stellten sich Harnbeschwerden ein, die auf einer Hypertrophie der Prostata beruhten. Verfasser kann sich jedoch die möglichen Beziehungen dieser letzteren zum Diabetes nicht erklären, zumal er in der Literatur ähnliche Fälle nicht verzeichnet fand. *C. Müller-Genf.*

Hypertrophie der Prostata und galvanokaustische Behandlung nach Bottini-Freudenberg, von Bierbaum-Münster. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 47.) Der Verfasser teilt seine eigene Krankheitsgeschichte mit: er wurde im Alter von 62 Jahren wegen Prostatahypertrophie, die bereits zu chronischer kompletter Retention geführt hatte, von Freudenberg nach Bottini operiert, mit dem Erfolge, dafs er seit der Operation stets spontan urinieren kann. In den ersten Wochen nach der Operation bestand noch häufiger und heftiger Harndrang; derselbe verschwand aber allmählich vollständig, ebenso wie alle übrigen lokalen und allgemeinen Krankheitserscheinungen. *Götz-München.*

Einige Fälle von erfolgreicher Bottinischer Operation bei besonders lange bestehender kompletter Urinverhaltung, von Albert Freudenberg-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 31.) In den drei Fällen, über die Verfasser berichtet, hatte die komplette Harnverhaltung 10³/₄, 27³/₄ und 5 Jahre gedauert; trotzdem erzielte die Bottinische Operation in allen einen funktionell vollkommenen Erfolg, der im dritten Falle schon über vier Jahre sich als dauernd erwiesen hat. Die Leistungsfähigkeit der Operation wird dadurch schlagend bewiesen; Verfasser sieht in dem Ergebnis einen Beweis dafür, dafs entgegen der Guyon-Launoisschen Theorie das durch die Prostata gesetzte Miktionshindernis und nicht der Zustand der Blase das ursächliche Moment für die Urinretention des Prostatikers darstellt. Wird durch die Bottinische Operation jenes Hindernis beseitigt, so gelangen auch Patienten, deren Blasen Jahre- und selbst Jahrzehntelang nicht spontan funktioniert haben, wieder zu vollständiger und normaler Spontanmiktion. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Ein neues Verfahren bei der Bottinischen Operation, vermittels einer Zeigervorrichtung sowohl die Ansatzstelle des Incisors als auch seine Schnittrichtung während der ganzen Dauer der Operation mit mathematischer Genauigkeit kontrollieren zu können, von S. Jacoby. (*Illustr. Monatsschr. f. ärztl. Polytechn.* 1902. No. 12.) Zur Kontrolle der Lage des Incisors wählte Verfassers den Winkel, welchen die beiden Ebenen bilden, die sich in der Achse des Cystoskops schneiden. Die eine Ebene ist vertikal. Der Winkel wird von einer vorn angebrachten Kontrollscheibe abgelesen, deren genauere Beschreibung im Original nachgelesen werden mufs. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Statistik der Bottinischen Prostatadiscision, von Reinhard Rörig-Wildungen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 31.) Verfasser operierte 23 Fälle von Prostatahypertrophie, darunter 4 mit chronischer absoluter und 19 mit chronischer relativer Retention resp. vorübergehend absoluter Retention. Von den vier Operierten der ersten Kategorie wurden drei geheilt, einer blieb ungeheilt, nach Verfassers Ansicht infolge eines technischen Fehlers bei der Operation; von den 19 der zweiten Kategorie wurden 9 geheilt, 6 gebessert, 4 blieben ungeheilt. Die Operation hat Verfasser stets am stehenden Patienten ausgeführt. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die Bottinische Operation oder galvanokaustische Incision der Prostata, von Duhot. (*Ann. policl. centr.* 1902. No. 6.) Beschreibung des Instrumentariums und der Technik. Verfasser hat nach Freudenbergs Methode vier Fälle operiert und ist mit den Erfolgen zufrieden. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die Indikationen der Bottinischen Operation, von E. Desnos. (*Presse méd.* 1902. No. 89.) Die Bottinische Operationsmethode vindiziert der Verfasser für die noch nicht beträchtlichen Hypertrophien, für jene die im mittleren Lappen unter irgend einer Form in die Blase vorspringen. Für beträchtliche Urethra und Blasenhals einengende Hypertrophien verwirft er sie. *Hopf-Dresden.*

Totalexstirpation der Prostata zur Radikalbehandlung der Hypertrophie derselben, von C. Roberts-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 29. März 1902.) An der Leiche hat R. ein sehr großes Adenom in beiden Seitenlappen der Prostata zu seiner vollen Befriedigung nach der von Freyer empfohlenen Methode mit hohem Blasenschnitt entfernt. Dagegen fand er es total unmöglich, die normale Drüse in derselben Weise heraus zu präparieren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Perineale Prostatektomie, von John B. Deaver-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 19. April 1902.) Nach Besprechung der histologischen Formen der Prostatahypertrophie und der Anatomie der Prostata wird als bisher beste Behandlungsmethode die perineale Prostatektomie beschrieben und fünf einschlägige Fälle, die nach diesem Verfahren operiert wurden, im einzelnen mitgeteilt. Zwei von den betreffenden Patienten starben 24 resp. 54 Stunden nach der Operation. Bei den übrigen drei Fällen sind erst wenige Wochen seit der Operation verstrichen. Weshalb die Veröffentlichung der Fälle so eilte, geht aus der Arbeit nicht hervor.

Levor-Frankfurt a. M.

Die totale Exstirpation der Prostata nach Freyer, von Elsworth. (*Brit. med. Journ.* 17. Jan. 1903.) Ein 67jähriger Mann wurde mit Retentio urinae ins Hospital gebracht. Die Untersuchung stellte stark vergrößerte Prostata fest, wegen deren der Patient bereits seit einem Jahre den Urin nur mittels Katheters zu entleeren im stande war. In der letzten Woche vermochte er dies nicht mehr und mußte ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Es wurde die totale Exstirpation der vergrößerten Prostata nach der Methode von Freyer ausgeführt und ein guter, nachhaltiger Erfolg erzielt. *C. Berliner-Aachen.*

Prostatektomie und Spermatocystektomie, von M. Robert Proust. (*Presse méd.* 1902. No. 83.) Beschreibung der Technik und der topographischen Verhältnisse, welche bei der Entfernung der Vorsteherdrüse und der Samendrüsen vom Damm aus in Betracht kommen. *Hopf-Dresden.*

Über die perineale Prostatektomie, von M. F. Leguèu. (*Presse méd.* 1902. No. 84.) Von 12 Fällen, die Leguèu nach der Methode von Proust ausgeführt hat, starb ein alter Mann von 72 Jahren, der schon an Nierenaffektionen gelitten hatte und seit langer Zeit über Retentionen klagte. In zwei Fällen von akuter und zwei Fällen von chronischer kompletter Retention erfolgte volle Heilung, indem die Kranken

ihre verlorene Kontrak ilität wieder erlangten. Zwei Kranke litten nach der Operaion an temporärer absoluter Inkontinenz. Ein wegen Hämorrhagien operierter Kranker verlor dieselben durch die Operation gänzlich. Indiziert erscheint dieselbe dem Verfasser bei kompletter chronischer Harnverhaltung und in einzelnen Fällen von vollständiger akuter Retention. Kontraindikationen sind hohes Alter, ausgesprochene Harninfektion und Nierenläsionen. *Hopf-Dresden.*

Zur Prostatektomie, von C. H. Mayo-Rochester (Minn).

Die Diagnose und operative Behandlung der Prostatahypertrophie, mit Bemerkungen über die Komplikationen vor und nach der Operation, von Ramon Y. Guitéras-New York.

Die Indikationen für die Bottinische Operation und deren Begrenzung, von Louis E. Schmidt-Chicago. (*Med. News.* 26. April 1902.) In dem ersten der drei Artikel stellt M. den Grundsatz auf, dafs bei genauem Studium der Literatur man zu der Überzeugung kommt, in ungefähr der Hälfte der Fälle könne die vergröfserte Prostata gleich gut durch die Cystotomie wie den perinealen Schnitt erreicht werden. Erstere Operation erfordert einen Krankenhausaufenthalt von 3—5 Wochen, obwohl es bei älteren Leuten das beste wäre, möglichst bald das Bett zu verlassen. Was die perineale Prostatektomie betrifft, so werden gegenwärtig gröfstenteils nur zwei Methoden angewandt: die mediane und die gekrümmte transversale (Falltür-) Inzision, welche in Steinschnittstellung des Patienten gemacht wird. Bei der medianen Inzision wird die Wunde so weit als möglich dilatiert und nach dem Einschnitt in die Kapsel und teilweiser Lostrennung der vergröfserten Masse mufs die Zerstückelungszange für deren Entfernung angewandt werden; Drainagerohr und Gazeverband. Die transversale Inzision gibt viel mehr Raum und im ganzen befriedigendere Resultate.

Guitéras hebt die Wichtigkeit der rektalen Untersuchung hervor, welche uns über die Länge des hinteren Teiles der Drüse, von deren Spitze bis zur Basis, aufklärt und bei einer Länge von etwas über 3 cm schon pathologische Verhältnisse annehmen läfst. In tabellarischer Übersicht stellt er die Erfolge der Prostatektomie, Prostatotomie und mit Verweilkatheter fest, im allgemeinen gibt die Prostatotomie die günstigsten Resultate (unter 753 Fällen 5,8% Mortalität). Nach jeder Operation am Harnsystem kann Nierenkongestion, gefolgt von Urämie, eintreten. Um dies zu verhüten, mufs die Tätigkeit der Nieren durch möglichst reichliche Getränkezufuhr angeregt werden. Folgende sind die weiteren Schlüsse, welche sich G. aus seinen Erfahrungen der letzten Jahre ergeben haben. 1. Die Prostata entspricht in pathologischer Beziehung der Gebärmutter, und deren Untersuchung ist ebenso wichtig wie die der weiblichen Geschlechtsorgane, worin aber der allgemeine Praktiker weit mehr Erfahrung besitzt. 2. Bei Prostatikern ist die Sorge für die Blase vor jeder Operation die erste Bedingung. Die Wichtigkeit, solche Personen auf alle Kleinigkeiten bei Gebrauch des Katheters aufmerksam zu machen, die Nieren so durchgängig und den Urin so normal als nur möglich vor jeder Prostataoperation zu machen, kann nicht hoch genug geschätzt werden. 3. Vor jeder Prostataoperation sollte eine eingehende körperliche Untersuchung einschliefslich Herz, Arterien, Urin, Blase (bezüglich vorhandener Steine oder Tumoren) und Urethra (Strikturen) ebenso wie Palpation der Nieren vorgenommen werden. 4. Die Statistik über die Resultate der Prostataoperationen lehrt, dafs erfolgreiche Fälle meist zu jenen gehören, wo geringe Mengen von Residualharn und eine mäfsige Hypertrophie der Prostata vorhanden ist; eine frühzeitige Diagnose ist daher von gröfster Wichtigkeit. 5. Die Wahl der Operation richtet sich nach dem Alter des Patienten, nach dessen Widerstandskraft, nach Gröfse und Form der Prostata ebenso wie nach den Zuständen von Nieren und Blase. 6. Bei

der Ausführung der Prostatotomie wie der Prostatektomie ist es wichtig, möglichst den Operationsshok und durch geeignete Vorsichtsmafsregeln während und nach der Operation die Kongestion der Nieren zu vermeiden.

Was die Indikationen und Kontraindikationen der Bottinischen Operation betrifft, so hält Schmidt letztere nur dann für gegeben, wenn pathologisch-anatomische Verhältnisse die Möglichkeit eines günstigen Resultats ausschliefsen: bei Veränderungen in der Pars prostatica urethrae, wie obstruierenden Knoten oder winkligen Einknickungen und bei gestörter Blasenfunktion. Nephritis und andere Krankheitszustände der Nieren, Cystitis, Blasenatonie u. a. m. bilden für Verfasser nur relative Kontraindikationen, denn er hat auch bei diesen Zuständen noch gute Erfolge mit der Bottinischen Operation gehabt; der Allgemeinzustand, das Alter des Patienten, auch eventuell vorhandene Pyämie oder Arterienerkrankung oder beides zusammen sind dabei in Betracht zu ziehen. Schmidt hebt hervor, dafs die Operation keinesfalls ausgeführt werden darf, wenn vorher cystoskopische Untersuchung nicht möglich sein sollte. Er hält den Erfolg für sicher: 1. bei sorgfältiger Auswahl der Fälle, 2. bei genauer Einhaltung der Vorschriften bezüglich operativer Technik und Nachbehandlung und 3. bei unmittelbarer Korrektur unterlaufender Irrtümer oder gar fehlerhafter Ausführung. *Stern-München.*

d. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Urologie und ihre Wichtigkeit in der Diagnose, Prognose und Behandlung von Ernährungsstörungen, von A. Robin-Paris. (*Int. med. Mag.* Mai 1902.) Während auf allen anderen Gebieten der inneren Medizin die letzten Jahrzehnte Fortschritte gebracht haben, ist man in der Erkenntnis der Ernährungsstörungen nicht wesentlich weiter gediehen. Verfasser erläutert dies an dem Beispiele des Diabetes, der funktionellen Albuminurie, der Phosphaturie, der Chlorose. Die Ursache für diesen Stillstand sieht er in der lange vorherrschend gewesenen und auch jetzt noch nicht überwundenen Neigung, die organische Veränderung als das Wesentliche der Krankheit anzusehen und die Symptome der Organveränderung unterzuordnen. Diese Anschauung ist gänzlich verkehrt. Der Organveränderung geht die Funktionsstörung voraus; sie erst schafft die Organveränderung. Eine genaue Beobachtung der Funktionen der Organe allein ist geeignet, ein tieferes Verständnis für die Ernährungsstörungen anzubahnen; die Untersuchung hat sich zu richten auf den Urin, den Chemismus der Atmung, das Blut und die Faeces. Verfasser bespricht in dem vorliegenden Aufsatz nur die Urinuntersuchung, worauf es dabei ankommt, in welcher Form die Albumine, Kohlehydrate und Salze im Urin wiedererscheinen, und zeigt an einigen Beispielen des normalen und pathologischen Stoffwechsels, welch grofser Wert auf eine möglichst sorgfältige Urinanalyse gelegt werden mufs.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Die Urinuntersuchung bei Urogenitalerkrankungen, von H. M. Christian-Philadelphia. (*Int. med. Mag.* Mai 1902.)

Urinuntersuchung in der gynäkologischen Chirurgie, von Wilmar Krusen-Philadelphia. (*Int. med. Mag.* Mai 1902.)

Beide Aufsätze bringen nur Bekanntes. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die Urinuntersuchung bei kleinen Kindern, von J. Madison Taylor-Philadelphia. (*Int. med. Mag.* Mai 1902.) Die bei kleinen Kindern gewöhnlich ganz vernachlässigte Urinuntersuchung sollte, meint Verfasser, in keinem Falle unterlassen werden. Sie gehört zu einer vollständigen Untersuchung ebenso wie die Besichtigung des entkleideten Körpers, des Halses etc.; sie allein schützt vor dem Übersehen eines etwaigen Nierenleidens. Technische Schwierigkeiten kommen nicht in Betracht, da

nach dem ersten Lebensmonat die Kinder an den Topf gewöhnt werden können, während in den ersten Wochen eine Vorlage von Watte und undurchlässigem Stoff stets Material zur Untersuchung liefert. Der normale kindliche Urin zeichnet sich durch niederes spezifisches Gewicht, schwache Acidität und blasses Aussehen aus; in den ersten Wochen enthält er fast immer Spuren von Albumen.

A. Loewald - Wilhelmshöhe.

Urinanalyse bei Kindern, von Floyd Crandall-New York. (*Int. med. Mag.* Mai 1902.) Verfasser bespricht ganz kurz die Beschaffenheit des Urins gesunder kleiner Kinder und die Bedeutung des Vorkommens von Harnsäurekristallen, von Eiweifs, hyalinen und granulierten Cylindern, von Zucker, Blut und Eiter.

A. Loewald - Wilhelmshöhe.

Ein neuer Urinseparator, von Garrè-Königsberg. (*Ther. Monatsh.* Jan. 1903.) Das Instrument ist dazu bestimmt, den Urin jeder Niere in der Blase gesondert zu halten und gesondert ausfliefsen zu lassen. Gute Zeichnungen erläutern den Apparat.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Residualharn, von Henry Ewing Hale-New York. (*New York med. Journ.* 14. Febr. 1903.) Eine Ursache des Residualharns kann die Hypertrophie des Mittellappens der Prostata (hinter der inneren Harnröhrenmündung) sein; auf diese Weise wird der Blasengrund durch einen transversalen Damm in eine vordere und in eine hintere Tasche abgeteilt. Erstere wird durch die Harnröhre drainiert, bei letzterer ist dies in aufrechter Körperhaltung nicht möglich. In solchen Fällen läfst H. den Patienten zweimal täglich in Knieellenbogenlage urinieren und kann von einem 82jährigen Mann berichten, dem bereits 13 Monate lang dieses Verfahren von grofsem Nutzen war. Bei bereits vorhandener Blasenatonie ist es natürlich ohne Wirkung.

Stern-München.

Über physiologische Albuminurie, von W. v. Leube-Würzburg. (*Ther. d. Gegenw.* 1902. Heft 10.) Schon im Jahre 1877 bewies L. durch seine Untersuchungen an 119 Soldaten, dafs der Urin bei einem grofsen Teil derselben teils immer, teils nach gröfseren Anstrengungen Eiweifs ausschied, ohne dafs eine Krankheit in Sonderheit der Nieren vorlag, was im Laufe der Jahre von vielen Forschern bestätigt wurde. Neuerdings prüfte L. an 100 Soldaten den Urin auf Serumalbumin, Serumglobulin und Nukleoalbumin. Das Resultat war: bei 32 % fehlte Eiweifs ganz, 34 % hatten nur Nukleoalbumin, 34 % Serumeiweifs allein. Im Nachturin fand sich in 65 % kein Eiweifs, in 24 % nur Nukleoalbumin, in 11 % Serumeiweifs. Im Urin direkt nach dem Exerzieren waren die betreffenden Zahlen 41, 32, 27. Es zeigte sich, dafs bei nicht anstrengender Körperbewegung zunächst nur Nukleoalbumin im Urin auftritt und erst bei gröfseren Anstrengungen Serumalbumin und Serumglobulin erscheinen. Durchweg läfst sich bei sorgfältiger Prüfungsanordnung in jedem normalen Urin Eiweifs nachweisen, das ist die physiologische Albuminurie, die allerdings bei einzelnen sehr gesteigert wird bei aufrechter Körperstellung, Muskelanstrengung, nervösen Einflüssen, kalten Bädern, Genufs roher Eier. Die Disposition der Individuen ist verschieden, es gibt gesunde Menschen, die stets Eiweis im Urin haben und solche, welche nur aufser Bett sind und sich anstrengen, Eiweifs im Harn entleeren. Bei der Diagnose der physiologischen Albuminurie mufs man Fälle ausklingender Nephritis, beginnender Nephritis, schleichend verlaufender interstitieller Nephritis, Albuminurie der Jünglinge von vorn herein ausschliefsen. Findet sich nichts auf Urämie Suspektes, keine stärkere Pulsspannung, keine Entzündungszellen und verdächtige Cylinder im Sediment und keine auf Nephritis hinweisenden Veränderungen im Augenhintergrund, von einer Herzhypertrophie nicht zu sprechen, dann darf man die Diagnose auf

physiologische Albuminurie stellen, namentlich wenn der Harn zur Zeit des Liegens eiweißfrei ist und das Eiweiß sonst nur in kleiner Menge erscheint.

Bernhard Schulze-Kiel.

Albumosuria myelopathica, von T. R. Bradshaw-Liverpool. (*Lancet.* 4. Okt. 1902.) Als eine Abart von Myeloma multiplex bezeichnet B. diese mit einer Wucherung an dem Knochensystem, namentlich am Knochenmark, einhergehende Anomalie, welche sich durch das Auftreten eines eigentümlichen Proteidkörpers im Urin kennzeichnet. Derselbe, die Bence Jonessche Albumose, zeigt folgendes Verhalten: 1. Gerinnung bei 58° C., 2. das Gerinnsel löst sich beim Erhitzen auf 100° größtenteils auf und tritt beim Abkühlen wieder hervor. 3. Auf Zusatz von Salpetersäure in der Kälte entsteht ein Niederschlag, welcher sich ebenfalls beim Kochen löst und beim Abkühlen wieder hervortritt. 4. Salzsäure gibt eine prompte Fällung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zur Lehre von der Chylurie, von R. Waldvogel und A. Bickel-Göttingen. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1902. Bd. 74.) Verfasser schildern einen Fall von Chylurie aus Ebsteins Klink, der nichts Neues von Bedeutung bringt.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Chylurie, von Gonzalez Tanago-Garcia. (*El Siglo medico.* 1902.) Abgesehen von der Beschreibung zwei Fälle eigener Beobachtung bietet der Artikel nichts Neues. *C. Müller-Genf.*

Zwei Fälle von Filariachylurie, von Remlinger und Menahem Hodara-Bey-Konstantinopel. (*Arch. de parasit.* Bd. VI. No. 4.) Die Verfasser beschreiben zwei Fälle von Filariachylurie, die sich in mehrfacher Beziehung von dem gewöhnlichen Bilde dieser Affektion unterschieden. Bei beiden Kranken fehlte ein sonst immer beobachtetes Symptom, die Hämaturie, vollkommen. Der Urin gerann in beiden Fällen gleich nach der Entleerung zu einer ungewöhnlich festen, gallertartigen Masse; die Ursache dieser festen Gerinnung war der Gehalt des Urins an Fibrin und Nukleoalbumin. Bei dem einen Kranken betrug die Menge der im Urin enthaltenen albuminoiden Substanzen 18 g, die Menge des Fettes 2 g pro Liter; es ist daher anzunehmen, daß das chylöse Aussehen des Urins nicht nur durch emulgiertes Fett, sondern zum Teil auch durch Eiweißkörper verursacht war. In beiden Fällen bestand, ohne daß die Leukocyten im ganzen vermehrt gewesen wären, eine starke Eosinophilie: die Zahl der eosinophilen Zellen, in denen sich überdies außerordentlich zahlreiche Granulationen fanden, betrug in dem einen Falle 70%, im anderen 75% der weißen Blutkörperchen. Obwohl die Affektion bei dem einen Kranken seit fünf Jahren bestand und der Eiweißverlust andauernd ein sehr beträchtlicher war, war der Allgemeinzustand doch ein vorzüglicher. Bei dem zweiten Kranken lag zwischen dem ersten und zweiten Auftreten der Erscheinungen ein symptomfreies Intervall von 24 Jahren, doch hatte die Filariainfektion sicherlich während der ganzen Zeit fortbestanden. Dieser Patient hatte eine variköse Dilatation der Lymphgefäße in beiden Leistengegenden, anderweitige Krankheitserscheinungen fehlten bei ihm wie bei dem ersten Kranken vollständig. In beiden Fällen wurde durch innerliche Verabreichung von Terpentin (1,5—2,0 pro die) und Blasenspülungen mit warmer Höllensteinlösung (1:4000 — 1:500) Heilung, d. h. Verschwinden der Harnveränderungen, erzielt. Im zweiten Falle wurden vier Wochen nach dem Aufhören aller Symptome bei völlig normalem und klarem Urin Filariaembryonen im Blute gefunden.

Götz-München.

Über das Vorkommen von Traubenzucker im Harn der Nicht-Diabetiker, von Th. Lohnstein-Berlin. (*Allgem. med. Centralztg.* 1902. No. 40 u. 41.) Zur Bestimmung kleinster Traubenzuckermengen im Harn hat Verfasser vor zwei Jahren

eine Methode angegeben, die darauf beruhte, dafs die geringen Kohlensäuremengen, welche sich aus kleinen Quantitäten Traubenzuckers gewinnen lassen, sich in passend konstruierten Gärapparaten volumetrisch deutlich zur Anschauung bringen lassen. Neuerdings sind dem Verfahren verschiedene Fehlerquellen zur Last gelegt worden, so dafs Verfasser, trotzdem er die Einwände der Kritik widerlegen konnte, sich veranlafst sah, das Verfahren noch weiter auszubauen. Die hauptsächlichste Fehlerquelle bestand darin, dafs die gärende Flüssigkeit den Sauerstoff des über ihr befindlichen abgesperrten Luftquantums aufsaugt. Die Absorption ist unmöglich, wenn die Gärung in der TORRICELLIschen Leere ausgeführt wird. Auf diesem Prinzip beruht die neue Methode, für die Verfasser zwei Modifikationen ersonnen hat, den beiden Grundtypen der Barometer, dem Gefäfs- und dem Heberbarometer, entsprechend. Die Versuchsanordnung, die Erörterung der mathematischen Theorie der Zuckerbestimmungen, sowie die einzelnen Versuche eignen sich nicht zur Wiedergabe im Referat; es sei auf das Original verwiesen. Aus dem Ergebnis von zehn Versuchen hat Verfasser den Mittelwert des Zuckergehaltes nichtdiabetischer Harne auf 0,0194 % berechnet. Die alte Methode hatte 0,02 % ergeben, ein Beweis für ihre Zuverlässigkeit. Anhangsweise führt Verfasser aus, dafs die dem Gefäfsbarometer entsprechende Modifikation sich ohne weiteres auch zur Harnstoffbestimmung nach KNOP-HÜFNER eignet und den Vorteil hat, dafs man zu ihrer Anwendung nur geringe Mengen Urin benötigt. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die Bedeutung der Glycosurie, von WARREN COLEMAN-New York. (*Med. News.* 9. Aug. 1902.) C. betrachtet die Glycosurie unter zwei Gesichtspunkten: als dauernde (Diabetes) und vorübergehende. Letztere kommt vor, erstens als alimentäre (hochgradige Stärkemehl- und Zuckerernährung), zweitens toxische, wie nach Ätherinhalation, nach Quecksilber-, Alkohol-, Glycerin-, Strychnin-, Phloridzin-Einverleibung, und drittens verbunden mit Konstitutionskrankheiten (Thrombose der Pfortader, chronische Gastritis, Gicht) oder mit Affektionen des Nervensystems, wie traumatischen Neurosen, Gehirnhämorrhagie, Gehirnabscefs, Epilepsie, Hysterie u. s. w. C. kommt nun auf die Erscheinungen von Diabetes, welche nach Erkrankungen des Pankreas, nach psychischen Erregungen u. a. m. auftreten, zu sprechen und streift schliefslich kurz sowohl die beiden Theorien, wonach die Leber beim Auftreten des Diabetes eine Rolle spielt (verminderte Fähigkeit der Leberzellen, die Umbildung des Zuckers in Glycogene zu bewirken und zu rasche Umsetzung desselben), als auch die Theorie, welche eine Unfähigkeit der anderen zuckerhaltenden Organe, wie Muskeln und Drüsen, den ihnen durch das Blut zugebrachten Zucker zu binden, annimmt. *Stern-München.*

Bilharzia haematobia auf Cypern, von G. A. WILLIAMSON. (*Brit. med. Journ.* 27. Sept. 1902.) Ein 22jähriger Bewohner von Cypern, der nie die Insel verlassen hatte, litt seit sechs Monaten an blutigem Urin. Die mikroskopische Untersuchung des letzteren ergab eine grofse Zahl von Eiern der typischen Bilharzia haematobia. Wurde Wasser dem Urin zugesetzt, so konnte man beobachten, wie sich die Embryonen aus den Eiern entwickeln.

Der Fall ist für die Insel Cypern ganz ungewöhnlich.

Im allgemeinen bilden Afrika und die zugehörigen Inseln das Verbreitungsgebiet des Parasiten. *C. Berliner-Aachen.*

„Idiopathische“ oder kongenitale, hereditäre Hämaturie in einer Familie, von L. G. GUTHRIE-London. (*Lancet.* 3. Mai 1902.) Die hier beschriebene Anomalie ist jedenfalls sehr selten und eigentümlich. Auch erscheint die Ätiologie durchaus dunkel. Es handelte sich um eine mehr oder weniger konstante Beimengung von frischem Blut im Urin, das offenbar aus der Niere stammte, ohne aber dafs gleichzeitig nephritische Erscheinungen oder sonstige Komplikationen zu konstatieren wären.

Dabei war zweifelsohne eine erbliche Disposition im Spiele. Verfasser teilt zwei Fälle (Bruder und Schwester) ausführlich mit. Seines Wissens aber litt sowohl die Mutter dieser Patienten bis vor sechs Jahren an ähnlichen Attacken und neun andere Mitglieder der Familie. Der Stammbaum zeigt ein Ergriffensein von zwei Söhnen und zwei Töchtern der ersten Generation. Diese zwei Töchter haben sieben resp. drei Kinder, von denen fünf resp. alle drei die gleichen krankhaften Erscheinungen darbieten. Die wesentlichen Characteristica sind folgende: Die Blutbeimischung ist in geringem Grade oft Monate und Jahre hindurch konstant, wenn auch oft so gering, daſs man sie nur bei mikroskopischer Untersuchung erkennt; während der Exacerbationen sieht der Urin fast wie reines, arterielles Blut aus. Diese Attacken sind mit geringem Fieber, Kopfweh, Erbrechen und Schmerzen im Rücken und den Gliedmaſsen verbunden. Dieselben werden gewöhnlich auf Erkältung zurückgeführt oder auf Diätfehler (schwarze Johannisbeeren, Spargel, Erdbeeren, Rotwein und vielleicht Rhabarberkompott). Sie dauern einige Tage bis zu einer oder zwei Wochen, treten bald bei Tage, bald des Nachts hervor, bedingen kein Ödem, Ascites oder Veränderungen im Blutgefäſssystem. Auch ist sonst das Allgemeinbefinden durchaus nicht gestört. Konkremente, etwa von Harnsäure oder Oxalsäure, werden dabei niemals vorgefunden. Eiweiſs findet sich fast immer, manchmal dem Blutgehalt entsprechend, manchmal in gröſserer Menge. Hämophilie ist auszuschlieſsen, wenigstens konnten in dem einen Fall adenoide Wucherungen ohne irgend eine bedeutendere Blutung entfernt werden. Mit den Jahren nimmt die Affektion allmählich ab. Einige analoge Fälle (Attlee) sind auch sonst, wenn auch in sehr geringer Zahl, veröffentlicht worden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein weiterer Fall von Schwangerschaftshämoglobinurie, von Meinhold-Neu-Ruppin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 4.) Bei einer 24jährigen chlorotischen Frau, die niemals malariakrank gewesen war, aber vor einem halben Jahre an Magenschmerzen, Erbrechen, Herzklopfen, Schlaflosigkeit und Ohnmachtsanfällen gelitten hatte, trat im Beginne der Gravidität leichtes Hautjucken und dunkle Färbung des Urins auf. Das Jucken wurde fortwährend schlimmer. Im sechsten Monate der Schwangerschaft konstatierte der Verfasser leichten Ikterus; der Urin enthielt weder Bilirubin noch Urobilin, aber Eiweiſs und Hämoglobin; bei der mikroskopischen Untersuchung des Harns fanden sich amorphe Blutbröckel, aber keine Blutkörperchen und keine Cylinder. Dieser Urinbefund blieb bis zum Ende der Schwangerschaft der gleiche, nur fanden sich zeitweise auch Spuren von Urobilin und vereinzelte hyaline Cylinder. Die Entbindung erfolgte circa einen halben Monat ante terminum. Zehn Tage später war der Urin vollständig frei von allen abnormen Bestandteilen, die Frau erholte sich rasch. Die Ursache der Hämoglobinurie blieb auch in diesem Falle unbekannt.

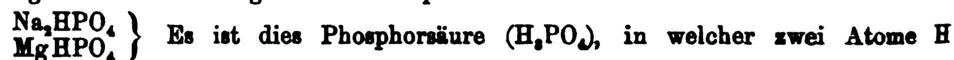
Götz-München.

Über Phosphaturie, von Franz Soetbeer und Hans Krieger-Heidelberg. (*Arch. f. klin. Med.* Bd. 72. Heft 5 u. 6.) Das Hauptsymptom der Phosphaturie ist ein trüber, an Erdphosphaten reicher Harn, der seine trübe Beschaffenheit entweder gleich bei der Entleerung zeigt oder sie erst im Laufe von wenigen Minuten nach der Entleerung erhält. Um dieses Symptom gruppieren sich zahlreiche Störungen von seiten des Nervensystems, des Zirkulationsapparates, des Darmes und Magens und der allgemeinen Ernährung. — Die Beschaffenheit des Urins ist, wie Stoffwechselversuche in einem Falle ergaben, hervorgerufen durch eine enorme Erhöhung des Kalkgehaltes. An einem zweiten Falle, über den die vorliegende Arbeit berichtet, suchten die Verfasser festzustellen, ob ein deutlicher Zusammenhang zwischen der trüben Beschaffenheit des Harns und dem Verhalten der Phosphorsäure und des Kalkes zu finden ist. Es zeigte sich, daſs das Verhältnis der Phosphorsäure zum Kalk in den trübsten

Harnportionen, die regelmäfsig in den frühen Vormittagsstunden, also nach der Nahrungspause der Nacht, ausgeschieden wurden, bis zu 1,5 : 1 sank (normal ca. 12 : 1). Dabei hielten sich die 24stündigen Phosphorsäurewerte in den normalen Grenzen, während die Kalkwerte bis fast 0,7 g pro die anstiegen (normal ca. 0,2 g). Die Verschiebung des Verhältnisses Phosphorsäure zu Kalk fällt also allein der Vermehrung des Kalkes zur Last. Die Verfasser suchten nun das Verhältnis zu ändern durch Vermehrung der Phosphorsäure, indem sie auch nachts Nahrung aufnehmen liefsen, und hofften dadurch die Ausscheidung trüben Urins zu verhindern. Es erfolgte tatsächlich vermehrte Phosphorsäureausscheidung, der Harn blieb sauer und klar, gleichzeitig aber trat trotz vermehrter Flüssigkeitsaufnahme und reichlicher Kalkzufuhr Abnahme der Diurese und der absoluten Werte des Kalkes auf, im Verein mit einer Verschlimmerung des Allgemeinbefindens. — Die Verfasser entnehmen ihren Untersuchungen, die sie vorzeitig abbrechen mufsten, dafs der absolut erhöhte Kalkgehalt des Urins das Hauptsymptom der Erkrankung ist, welches mit grofser Wahrscheinlichkeit auf eine Überladung der Gewebe mit Kalk hinweist. Der trübe Harn, in dem nur geringe Mengen von Phosphorsäure ausgeschieden werden, scheint das einzige Mittel zu sein, die Schädlichkeiten des reichlichen Kalkgehaltes der Gewebe einzudämmen, den Organismus zu entlasten. Die für die Absättigung des Kalkes im Urin nötige Säuremenge wird wohl durch die die Nieren leicht passierende Kohlensäure gestellt. Es erscheint daher den Verfassern nicht zweckentsprechend, mit Rücksicht auf den trüben Urin Mineralsäuren zu empfehlen, da sie die Nierentätigkeit nur noch mehr belasten und wahrscheinlich ebenso wie die mit der Nachtnahrung eingeführte Phosphorsäure die Kalkausscheidung behindern würden. Mehr Erfolg erhoffen die Verfasser von einer zweckmäfsigen Behandlung des Dickdarmkatarrhs, dessen Beseitigung eine vermehrte Ausscheidung des Kalkes in den Dickdarm zur Folge haben würde. *A. Loewald-Wilhelmshöhe.*

Die Urobilinurie, von A. Gilbert und Herscher. (*Presse méd.* 1902. No. 71.) Gegenüber der Theorie von der hepatogenen, intestinalen, sanguinen und histogenen Entstehung des Urobilins stellen die Verfasser eine Theorie des renalen Ursprungs des Urobilins auf. Die früheren Theorien bestehen in beschränktem Umfange zu Recht, reichen aber nicht zur Erklärung aller Fälle aus. Es steht sogar fest, dafs in einzelnen Fällen eine Urobilinämie existiert, und dafs es auch andere Arten der Urobilinentstehung noch gibt, allein sie werden verhältnismäfsig selten beobachtet. Meistenteils beruht die Urobilinurie auf einer Cholämie, indem die biliären Pigmente, welche in die Blutzirkulation gekommen sind, sich in Urobilin, und zwar im Niveau der Niere infolge von Reduktionsvorgängen, umwandeln. *Hopf-Dresden.*

Ein noch nicht beschriebenes Sediment im Urin: Monohydro-Magnesiumphosphat, von T. R. Bradshaw-Liverpool. (*Lancet.* 3. Mai 1902.) Bei einem an Magenerweiterung leidenden Patienten, welcher Magnesia in grofsen Dosen nahm, konstatierte B. einen sehr reichlichen Niederschlag von glänzenden Kristallen, welche unterm Mikroskop sich als allerfeinste, strichförmige Nadeln präsentierten. Die chemische Untersuchung liefs sie als den genannten Körper erkennen. Die chemische Formel lautet:



$\left.\begin{matrix} Na_2HPO_4 \\ MgHPO_4 \end{matrix}\right\}$ Es ist dies Phosphorsäure (H_3PO_4), in welcher zwei Atome H durch Magnesium resp. Natrium ersetzt sind. Offenbar war der Zustand des Magens die Ursache, dafs das Salz nicht in normaler Weise eliminiert wurde. Jedenfalls würde zu raten sein, nicht, wie dieser Patient, unbegrenzte Mengen Magnesiumkarbonat ohne ärztliche Kontrolle zu nehmen, da die Bildung von Blasensteinen auf diese Weise nicht ausgeschlossen erscheint. Andererseits kann ein solches Sediment unter Umständen zu unnötiger Besorgnis Anlafs geben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Quecksilberverbindung im Urin, von August Laqueur-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1903. No. 3.) Aus den Versuchen ergibt sich, dafs der normale Urin in hervorragendem Maſse die Eigenschaft besitzt, in Sublimat gehärtete Blutkörperchen des Kaninchens aufzulösen, während ihm diese Fähigkeit normalen, d. h. nicht fixierten Blutkörperchen gegenüber nicht zukommt. Verfasser nimmt an, dafs das Quecksilber im Urin hauptsächlich in Verbindung mit den Säuren und sauren Salzen (Harnsäure, Hippursäure, sauren Phosphaten u. s. w.), daneben auch mit dem Kreatinin zur Ausscheidung kommt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Fall von totaler Urinverhaltung infolge von Verschlufs beider Ureteren durch Nierensteine, von W. M. Stevens-Cardiff. (*Brit. med. Journ.* 22. März 1902.) Der Patient, ein 58jähriger Gastwirt, hatte drei Monate vor seiner letzten Erkrankung über Schmerzen in der rechten Lende geklagt und hatte blutigen Urin entleert. Diesen Erscheinungen folgte ganz plötzlich und ohne weitere Symptome eine absolute Urinverhaltung, und sieben Tage später trat bei klarem Bewuſstsein und ohne irgend welche urämische Erscheinungen der Tod ein. Die Autopsie ergab Verschlufs beider Ureteren durch Konkremente. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der diagnostische und therapeutische Wert des Ureterenkatheterismus, von L. Gross-San Franzisko. (Separatabdruck aus dem *New York med. Journ.* 13. Sept. 1902). Unter Anführung eines Falles und Benutzung der fleifsig studierten Literatur — 36 Arbeiten sind aufgezählt — gibt hier Verfasser eine kurze Zusammenfassung obigen Themas, wobei er zu folgenden Schlufsfolgerungen gelangt: Die diagnostische Bedeutung des Harnleiterkatheterismus liegt darin, festzustellen: 1. ob Blase oder Niere der Sitz der Affektion; 2. welche Niere affiziert ist; 3. ob beide Nieren überhaupt vorhanden sind; 4. den Sitz der Affektion; 5. die funktionelle Leistung beider Nieren; 6. die Gegenwart eines Steines im Ureter oder Nierenbecken und dessen genauen Sitz; 7. Diagnose und Lage einer Ureterenfistel; 8. eventuell vorhandenen Eiter im Ureter (Pyureter); 9. Differentialdiagnose zwischen Erkrankungen der Niere und der umgebenden Organe; 10. die Gegenwart von Strikturen im Ureter und deren genauen Sitz; 11. zuweilen eine Nierentuberkulose; 12. die Diagnose von Pyelitis, Pyelonephritis, Pyonephrosis, Hydronephrosis, Wandernieren, Neoplasmen der Nieren, Nierensteine, und 13. abnorme kongenitale Veränderungen der Nieren. Die Kathetereinführung in die Ureteren kann dazu dienen: 1. Pyelitis und gewisse Fälle von Pyo- und Hydronephrosis zu heilen; 2. taschenförmige Verbildungen zu drainieren; 3. Strikturen der Ureteren zu heilen; 4. kleine Steine in den Ureteren fortzubewegen; 5. die Niere nach der Nephrotomie zu drainieren; 6. zu verhüten, dafs bei gewissen Operationen die Harnleiter verletzt und zusammengenäht werden; 7. Nierenfisteln zu verhüten und zu heilen; 8. als Führer bei gewissen Operationen. In Anbetracht der zahlreichen behandelten Fälle — Albarran zählt über 1000, Caspar ebenso viele — besteht nur geringe oder gar keine Gefahr der Infektion, wenn man seine Instrumente sorgtältig desinfiziert und Urethra und Blase energisch irrigiert. Caspar erklärt, die Vis medicatrix naturae spiele eine wichtige Rolle, um eine ascendierende Niereninfektion zu verhüten. Die Tatsache, dafs der Katheterismus praktische Übung und Geschicklichkeit erfordert, sollte, wie Gross zum Schlusse hervorhebt, eine Methode nicht diskreditieren, welche sowohl in therapeutischer wie in diagnostischer Beziehung von grofser Wichtigkeit ist. *Stern-München.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Ein Fall von allgemeiner blennorrhoischer Erkrankung, von Jos. L. Boehm-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Jan. 1903.) Zur Kasuistik der nicht sehr häufigen Verallgemeinerung der blennorrhoischen Infektion. Der Fall betraf einen 16jährigen Knaben, welcher von einer blennorrhoischen Urethritis aus alle Komplikationen mit Ausnahme einer Entzündung der Cowperschen Drüsen bekam. Der Reihe nach trat eine schwere Conjunctivitis an beiden Augen, maligne Endocarditis, Gelenkentzündungen an beiden Knieen und Schultern — gewöhnlich ist die Gelenkaffektiou bei Blennorrhoe nur einseitig — auf. Durch Anwendung geeigneter Mittel trat trotz der Schwere der Infektion fast völlige Restitutio ad integrum ein, nur das eine Knie bedarf noch weiterer orthopädischer Behandlung; der Fall dieses Patienten war besonders interessant, da er die schwere Endocarditis überstanden hat. *Stern-München.*

Beitrag zur Pathogenese des blennorrhoischen Prozesses mit besonderer Berücksichtigung der Fernbehandlung der Komplikationen (Methode von Bacelli), von M. Oro. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* Jahrg. XXIV.) Verfasser empfiehlt die Methode von Bacelli (endovenöse Sublimatinjektionen) bei Komplikationen der Blennorrhoe (Rheumatismus blennorrhagicus, Absceſsbildungen etc.) unter der Bedingung, daſs dieselbe mit der nötigen Sorgfalt angewendet werde. Vier Krankengeschichten dienen zur Illustration der Wirksamkeit des Verfahrens.

C. Müller-Genf.

Harnröhrenblutung bei Blennorrhoe, von J. F. Dobson-Leeds. (*Lancet.* 31. Mai 1902.) Fall I: Ein 26jähriger Mann, der seit etwa einem Monat an Blennorrhoe litt, acquirierte unmittelbar im Anschluſs an Coitus eine so starke Blutung aus der Harnröhre, daſs Hemd und Hose getränkt waren. Es gelang durch Auflegen von Eis und Injektion einer schwachen Lösung von Hamamelis, die Blutung zu stillen.

Fall II: Ein 17jähriger Bergmann mit Blennorrhoe von sechswöchigem Bestehen erlitt während der Arbeit einen intensiven Blutverlust per urethram. Mit dem Urethroskop wurde konstatiert, daſs von einer hyperämischen, granuliert aussehenden Stelle am Bulbus die intensive arterielle Blutung herrührte, die aber auf Betupfen mit Liquor ferri sesquichlorati alsbald stand.

Fall III: Ein 24jähriger Mann mit Blennorrhoe von dreimonatiger Dauer wurde drei Tage nach überstandener Blutung aufgenommen. Es wurde in der Pars pendula eine leicht auf Berührung blutende Stelle von papillärem Aussehen konstatiert. Heilung erfolgte unter Protargolbehandlung. Auſser diesen hat D. noch zwei ähnliche Fälle gesehen.

Im ganzen sind derartige Vorkommnisse selten beschrieben worden. Jedenfalls empfiehlt es sich bei Blutungen aus den Harnwegen, auch an die Möglichkeit einer Blennorrhoe zu denken. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Blennorrhoe und ihre Komplikationen, von Dind-Lausanne, unter Mitwirkung von Galli-Valerio, Eperon und Rossier. Mit einem Vorwort von Roux. (Lausanne, F. Rouge, 1902.) Es ist noch nicht gar lange her, daſs auch in ärztlichen Kreisen die Blennorrhoe als eine ausschlieſslich lokale, harmlose Affektion betrachtet wurde, die weder ein eingehendes Studium erfordere, noch praktisch besonders bedeutsam oder gar schwer heilbar wäre. Dieser Glaube ist gründlich Lügen gestraft worden. Man weiſs jetzt, welche enorme Bedeutung der blennorrhoischen Infektion zukommt, und welches Unheil die Gonokokken in den verschiedensten Organen des menschlichen Körpers anzurichten im stande sind. Dies im Zusammenhang und erschöpfend zu schildern, ist der Zweck des vorliegenden Werkes, zu dessen Abfassung sich der Kliniker Dind, der Bakteriologe Galli-Valerio, der Ophthalmologe Eperon

und der Gynäkologe ROSSIER zusammengetan haben. Durch diese Arbeitsteilung kam ein Werk zu stande, in dem alle Gebiete gleich eingehend und fachmännisch behandelt sind; insbesondere werden gerade diejenigen Affektionen, die sonst in den Monographien über die Blennorrhoe gewöhnlich nur ganz kurz und flüchtig geschildert werden, die blennorrhoischen Erkrankungen der inneren weiblichen Sexualorgane und die blennorrhoischen Affektionen des Auges, sehr ausführlich dargestellt. Das Buch, das bei seinem reichen Inhalt sehr kompendiös ist und in allen seinen Abschnitten auch eine gründliche Besprechung der Therapie bringt, kann als ein durchaus wohlgelungenes bezeichnet werden; es wird sich gewiſs auch in Deutschland zahlreiche Freunde erwerben. *Götz-München.*

Blennorrhoe und Ehe, von FERDINAND KORNFELD. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 38.) Das in jüngster Zeit wiederholt erörterte Thema behandelt Verfasser in ausführlicher Weise, die pathologische und soziale Bedeutung der Blennorrhoe in gleicher Weise würdigend. Neues kann und will Verfasser wohl auch nicht in dieser Arbeit bringen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Symptome, Diagnose und Komplikationen der Blennorrhoe, von ABRAH. L. WOLBARST-New York. (*Med. News.* 8. Nov. 1902.) Verfasser weist besonders auf die Wichtigkeit hin, Fälle von nichtblennorrhoischer Urethritis genauestens zu diagnostizieren, da durch die reizenden Einspritzungen die Folgen oft schlimmer würden, als das ursprüngliche Leiden war. Auch ein vorhandener Schanker (weicher oder harter) kann in der Urethra Symptome hervorrufen, welche jener einer einfachen Entzündung sehr ähnlich sind; eine weitere Art derselben ist die Urethritis, welche im Sekundärstadium der Syphilis gefunden wird; urethroskopisch kann man die Schleimhautplaques oder die Roseola wahrnehmen, auſserdem sind andersartige Sekundärerscheinungen vorhanden. W. vertritt den Standpunkt, daſs Urethritis posterior zwar die häufigste Komplikation der akuten Blennorrhoe, aber doch nicht so häufig sei, wie manche Autoren glauben, welche das Ausbleiben dieser Komplikation nur für eine Seltenheit ansehen. Bezüglich der übrigen zahlreichen Komplikationen der Blennorrhoe, welche W. alle in kurzen Umrissen beschreibt, bringt er nichts wesentlich Neues. Er schlieſst seine Arbeit mit den Worten der Überzeugung, daſs die Kurpfuscher viel weniger zu tun bekommen würden, wenn die Ärzte sich eingehender mit diesem Thema befassen und daran gewöhnen würden, eine genaue Diagnose bei allen Entzündungen der Harnröhre zu stellen. *Stern-München.*

Diagnose und Behandlung der akuten blennorrhoischen Urethritis, von AMBARD. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 3.) Der kurze Aufsatz bringt im wesentlichen nichts Neues. *Götz-München.*

Klinische Studien über Blennorrhoe, von H. J. SCHLASBERG-Stockholm. (*Nordisk Med. Arkiv.* 1903. No. 2.) Aus den bei etwa 215 klinisch behandelten Blennorrhoikern gemachten, sehr eingehenden Beobachtungen ist hervorzuheben: 1. Von paraurethralen und präputialen Gängen, die bei Hypospadie und anderen Miſsbildungen sich häufiger als sonst zu finden pflegen, sind die an der Glans oder neben bezw. in die Labia meatus ausmündenden Gänge die häufigsten und stets Komplikationen einer gleichzeitig bestehenden Urethralblennorrhoe, während zwischen den Präputialblättern oder an der Unterseite des Penis verlaufende Gänge auch isoliert infiziert sein können. Die Diagnose ist bei genauer Untersuchung, namentlich im akuten Stadium, leicht, die Behandlung besteht bei den letztgenannten Variationen in Exstirpation und Naht, bei den ersteren, den eigentlichen paraurethralen Gängen, in 1—5%igen Lapisinjektionen mittels stumpfer, womöglich abgebogener Kanüle einer Pravazspritze, wobei oft einmalige Injektion schon genügen soll. 2. Während die Gonokokken wohl fast stets in die LITTRÉschen Drüsen gelangen, finden sich eigentliche Follikulitiden in

etwa 20% der Fälle. Die Diagnose mufs durch äufserliche oder kombinierte Palpation gestellt werden; die Endoskopie nutzt nach S. in diesen Fällen nichts, da nach Bau und Lage der LITTRÉschen Drüsen die Follikulitiden stets mehr oder weniger unter der Oberfläche liegen. Die Untersuchung auf das Sekret dieser Drüsen, wie sie von v. CRIPPA und PEZZOLI angegeben, modifiziert S. dahin, dafs er eine 20 cm lange und der Harnröhrenöffnung angemessen breite Hohlsonde mit schalenförmiger Vertiefung am vorderen Ende bis an den Bulbus einführt und bei manuellem Gegendruck langsam längs der Wand der Urethra herauszieht. Zur Behandlung der Follikulitiden empfehle sich Massage oder eventuell Dilatation. 3. Die keinerlei palpable Veränderungen ergebende Prostatitis catarrhalis ist oft Ursache eines Rezidivs; darum stets Dreigläserprobe nach v. SEHLEN und zur Behandlung Massage mit nachfolgender JANETscher Spülung zu empfehlen. 4. Die Erfahrung, dafs bei Auftreten einer Epididymitis fast durchweg Verringerung des Ausflusses zu konstatieren ist, bestätigt Verfasser an der Hand von 105 Fällen, die aufserdem im Gegensatz zu unkomplizierten Urethritiden (post.) viel kürzere Zeit zur Heilung brauchten, so dafs S. glaubt, dafs „die Entstehung einer Epididymitis im allgemeinen dazu beiträgt, die Heilung des blennorrhoischen Prozesses in der Urethra zu beschleunigen, sofern die Urethrititis aufserdem zum Gegenstande einer rationellen Behandlung gemacht wird". Die von FINGER, GHON und SCHLAGENHAUFER aufgestellte Vermutung, dafs das Fieber die Gonokokken beeinflusse, angesichts der Beobachtungen, die bei Blennorrhoikern mit interkurrenten, hoch fieberhaften Erkrankungen gemacht wurden, nicht stichhaltig ist, sucht S. die Ursache in einer vermehrten Toxinbildung, da ja das eigene Toxin den Gonokokken schädlich sei, oder darin, dafs bei dem erhöhten Blutzuflufs zu Hoden und Nebenhoden die Urethra blutärmer werde und verminderte Nährverhältnisse biete. 5. Schliefslich hält Verfasser auch einen günstigen Einflufs einer suppurativen Lymphadenitis blennorrhoica auf den Verlauf der Blennorrhoe nicht für unmöglich, da vier einschlägige Fälle eine auffallende rasche Heilung des Urethralprozesses ergaben.

W. Lehmann-Freiburg i. B.

Ein Fall von akuter blennorrhoischer Infektion, von NEGRETE. (*Rev. Ibero-Amer. de Sciencias med.* 1902. No. 15.) Der vom Verfasser beschriebene Fall bietet weiter nichts Besonderes, als dafs sich die blennorrhoische Infektion von der Urethra auf die Blase, den Hoden und Nebenhoden verbreitete. Verfasser zählt dann die verschiedenen Komplikationen der Blennorrhoe bei Männern und Frauen, sowie die zahlreichen Behandlungsmethoden der Affektion auf. *C. Müller-Genf.*

Berichtigung

zu der im letzten Hefte veröffentlichten Abhandlung „Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobins bei der Alopecia areata" (letzter Teil), von Dr. MENAHEM HODARA-Konstantinopel (Seite 580):

Die Erklärung zu Fig. 2 der Tafel bezieht sich auf Fig. 3, die Erklärung zu Fig. 3 auf Fig. 2.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 36. | №. 12. | 15. Juni 1903.

Dermosyphilopathische Klinik der K. Universität Bologna, geleitet von Prof. MAJOCCHI.

Granuloma herpetiforme „exoticum".

Ätiologische und anatomo-klinische Studie.

Von

Dr. BOSELLINI, Privatdozent und Assistent.

Mit 5 Figuren im Text.

Öfters bietet sich uns die Gelegenheit bei Landsleuten, die aus fernen Gegenden zurückkehren, Affektionen zu beobachten, die uns zunächst in Bezug auf ihre Klassifikation usw. in nicht unbedeutender Verlegenheit lassen.

Was nun den Fall anbelangt, den ich hier vorzuführen gedenke, so hat derselbe weder mit unseren einheimischen Krankheiten verwandtschaftliche Beziehungen, noch mit den uns bekannten exotischen, wie z. B. mit der Boubas oder Framboesia brasiliana, von der Prof. MAJOCCHI und ich bereits einen Fall genauer beschrieben haben. Es handelt sich um einen Bauern, der in den brasilianischen Kaffeepflanzungen beschäftigt gewesen war und der über die Bezeichnung, die man der Affektion in jenen Ländern gibt, gar nichts auszusagen wufste.

Auf Vorschlag von Prof. MAJOCCHI habe ich die Affektion wie oben angeführt benannt, indem ich mich dabei auf ihre morphologischen und anatomo-klinischen Merkmale basierte.

Anamnese. G. F., 55 Jahre alt, gebürtig aus Poggiorusco (Mantua), verheirateter, aber kinderloser Landarbeiter, kommt soeben von Brasilien zurück, wo er die letzten vier Jahre verbracht und in einer Kaffeeplantage beschäftigt war. Vor seiner Abreise nach Brasilien hatte der Patient niemals an einer inneren oder äufseren, speziell venerischen Krankheit gelitten und stammt er aus einer vollständig gesunden Familie. Der Patient ist Trinker und Raucher.

Der Beginn der Krankheit reicht etwa um ein Jahr zurück, wo er also bereits drei Jahre in Brasilien verbracht hatte. Auf der Dorsalfläche

des linken Fuſses sollen zuerst einige kleine Höckerchen aufgetreten sein, die sich langsam vergröſserten und vermehrten, den Patienten etwas im Gehen hindernd. Welches die Ursache für das Auftreten dieser Läsionen war, lieſs sich absolut nicht eruieren; jedenfalls konnte der Patient nicht angeben, ob sie durch einen Insektenstich oder dadurch entstanden waren, daſs er ohne Fuſsbekleidung herumgegangen war. Zu den ersten Efflorescenzen, welche infolge ihrer Volumszunahme teilweise konfluierten, traten sodann neue hinzu und zwar zuerst in der Nachbarschaft: Ferse, Umgebung des Tibiotarsalgelenks und sodann an den Beinen, Oberschenkeln und zuletzt im Gesichte. Während so immer neue Elemente auftraten, schienen die älteren unter dem Einflusse von gewissen desinfizierenden Substanzen, über die der Patient nichts Sicheres anzugeben weiſs, eine regressive Metamorphose einzugehen und zwar ohne Eiterung und unter Zurücklassen von rötlichen und pigmentierten Flecken auf der Haut. Die Eruption war auch von subjektiven Beschwerden begleitet: allgemeines Unwohlsein, Schwächegefühl, Knochenschmerzen, lästiges Jucken und Brennen, zumal an den Stellen, wo es zum Exsudieren gekommen war. Die angewandten therapeutischen Maſsnahmen blieben erfolglos, weshalb sich der Patient in unsere Klinik aufnehmen lieſs.

Status praesens. Die Dermatose ist über die Gliedmaſsen und das Gesicht verbreitet, während der Rumpf vollständig frei ist.

Gesicht. Die Eruption ist besonders auf der Stirn lokalisiert: auf dem rechten Stirnhöcker konstatiert man eine hemisphærische, halbhaselnuſsgroſse, wohl umschriebene, stark gerötete Erhabenheit, die eine ebene Oberfläche zeigt; die von derselben sezernierte gelbliche Flüssigkeit bildet stellenweise bernsteinfarbige Krusten. Bei der Palpation fühlt man eine beträchtliche Infiltration der Cutis, die sich von der Knochenhaut abheben läſst. Um das Ganze herum existiert ein rötlicher, nicht pigmentierter Hof. Eine ähnliche Läsion findet sich auf der anderen Seite in der Nähe der Haargrenze. Ihre Form ist aber nicht halbkugelig, sondern sie besteht aus drei Höckern, welche jedoch dieselbe Färbung und Konsistenz zeigen, wie auf der anderen Seite. Zwischen diesen beiden Höckern liegen zerstreute akneförmige Papeln von verschiedener Gröſse, von roter oder rotbrauner Farbe, unter denen die Cutis deutlich knotenförmig infiltriert ist.

Interessant sind auch die Veränderungen an den Augenbrauen. An den beiden Enden der beiden Supraorbitalbogen liegen symmetrisch, rötliche, infiltrierte Plaques, die aus dem Zusammenflieſsen einer Gruppe akneartiger Knötchen entstanden sind; diese tragen an ihrer Spitze kleine Pusteln, die teilweise zu grüngelblichen Krusten eingedickt sind. Da, wo die Eruption am stärksten entwickelt ist, besonders am äuſseren Ende des Arcus supraorbitalis, sind die Plaques von unregelmäſsigen krustösen Massen bedeckt. Andere von diesen akneartigen Höckerchen liegen ferner unter-

halb der Orbita an der Ansatzstelle des Lides. Ähnliche Efflorescenzen findet man ferner auf der Nase und in der Gegend über den Processus zygomatici.

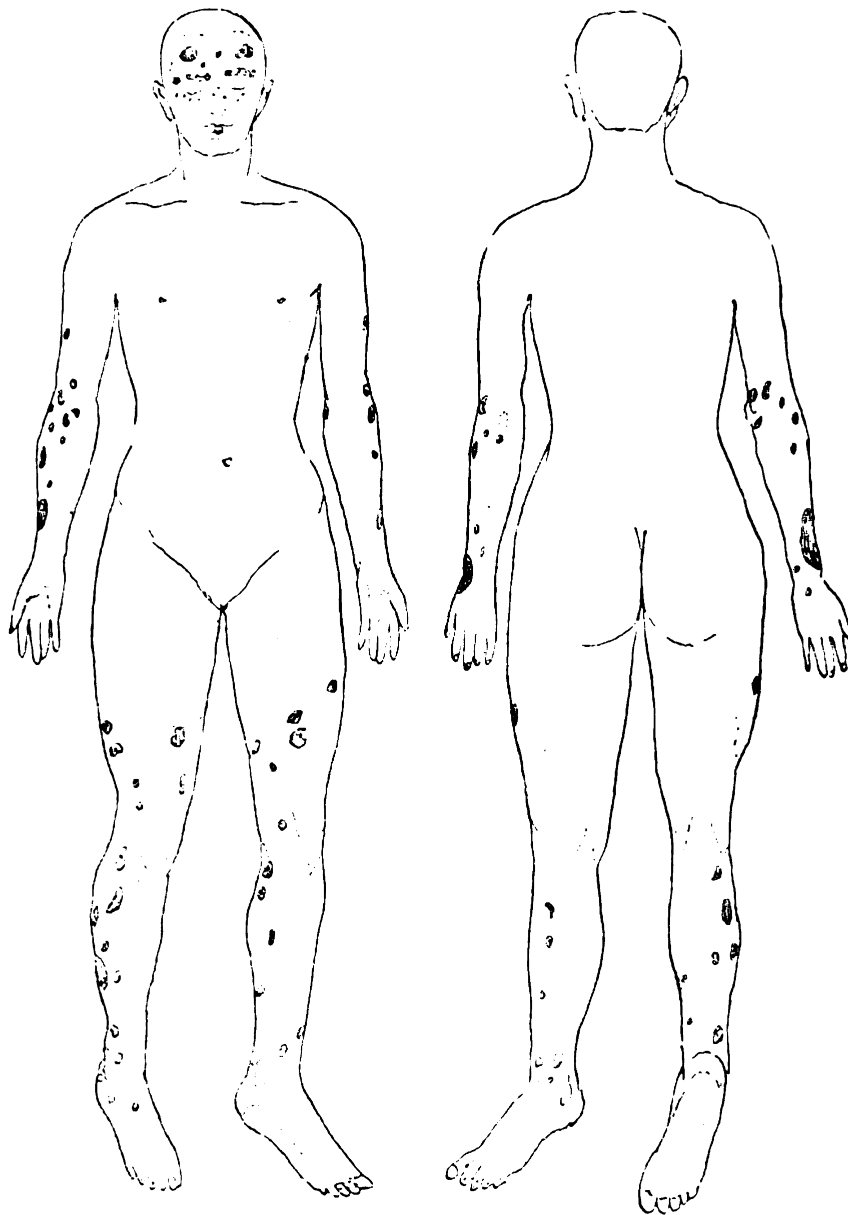


Fig. 1.
Schematische Darstellung der Verteilung der Dermatose.

Am mittleren Teile der Oberlippe liegt eine halbkugelförmige Erhabenheit, welche, scharf umschrieben, halb auf der Haut, halb auf der Schleimhaut lokalisiert ist. Besonders in diesem letzteren Teile ist sie

excoriiert und nässend, das Sekret zum Teile zu einer Kruste eingedickt. Die Konsistenz ist nirgends knorpelartig.

Gliedmaſsen. An den oberen Extremitäten, besonders an den Streckseiten und in der Nähe der Gelenke sieht man Erhabenheiten von mehr oder weniger intensiv roter, zuweilen violett- oder braunroter Farbe. Dieselben haben verschiedene Gröſse und Gestalt, je nach ihrer Entwicklungsperiode. Auch hier wieder dieselben Pusteln, gelblichen Krusten mit vorherrschend follikulärem Sitze und knotenförmigem Infiltrate in der Cutis. In der rechten Radiokarpalgegend liegen eine Anzahl kleinerer Plaques um eine breite, rote, infiltrierte, knotenförmige Fläche mit unregel-



Fig. 2.

Topographie der inneren Fläche der linken unteren Extremität mit allen Stadien der Affektion: initiales, akneförmiges Knötchen, zwei knotenförmige, herpetiforme Plaques in verschiedenen Entwicklungsstadien; eine in narbiger Atrophie begriffene Plaque mit zentraler Achromie und peripherer Pigmentation.

mäſsigen polycyklischen Rändern; dieselbe ist mit gelblichen Krusten und Schuppen bedeckt.

An den unteren Extremitäten sind die Veränderungen ebenso interessant; die Dermatose behält auch dort ihre noduläre, herpesartige Physiognomie bei. An den Oberschenkeln ist sie an der Streckseite lokalisiert, in Gestalt von drei oder vier circinnären, durch Konfluieren mehrerer Elemente entstandenen Plaques. Ich mache hier ganz besonders auf die vier Plaques aufmerksam, welche in der beiliegenden Photographie wiedergegeben sind und welche den ganzen Entwicklungsprozeſs der Krankheit darstellen: ein akneförmiges Knötchen, zwei herpesartige erhabene Plaques

in verschiedenen Entwicklungsperioden, eine rundliche atrophische, im Zentrum achromische und in der Peripherie pigmentierte.

An den Beinen besetzen die Efflorescenzen hauptsächlich die äufsere Fläche und die Umgebung des Tibiotarsalgelenkes, der Ferse und des Fufsrückens. Auch hier zeigen die Plaques verschiedene Entwicklungsgrade, zeigen aber überall ihre fundamentalen Merkmale: infiltrierter Grund und herpesartige Eruption.

Die Schleimhäute sind überall frei.

Die Lymphdrüsen sind in der Inguinalgegend hypertrophiert, beweglich, indolent und von teigiger Konsistenz. In den anderen Körperteilen sind sie nicht fühlbar.

Die Milz überschreitet die normalen Grenzen nicht.

Kein anderes inneres Organ weist bemerkenswerte Veränderungen auf. Der Patient ist zwar abgemagert, obwohl der Appetit erhalten ist und die Verdauung normal vor sich geht.

Das Blut kann ebenfalls als normal taxiert werden: 4,800000 rote: 9600 weifse Blutkörperchen pro mm^3.

Der Patient ist konstant fieberlos. Als subjektive Beschwerden gibt er verschiedene an: Knochenschmerzen, lästiges Jucken und Brennen in den Gliedern, welche nachts exacerbieren und ihn des Schlafes berauben.

Verlauf. Derselbe bezieht sich auf die Zeitdauer des Aufenthaltes des Patienten in der Klinik.

Da man auch an die Möglichkeit von Syphilis gedacht hatte, wurde der Patient einer Quecksilberkur unterzogen. Er erhielt aber nur drei Injektionen von je 0,01 Calomel, weil auf diese Behandlung hin nicht nur keine Besserung, sondern im Gegenteile eine Verschlimmerung eintrat, sowohl in Bezug auf sein Allgemeinbefinden als auf die Eruption selbst.

Gestützt auf unsere früheren Erfahrungen bei der Behandlung von Cutisinfiltraten wurde mit der Applikation von 3%igen Resorcinsalben begonnen, nachdem jeweilen vorher die excoriierten Stellen mit Borsäurelösung abgewaschen worden waren. Das Resultat war ein überraschendes, indem die Infiltrate abnahmen und verschwanden, während die Körperkräfte sich wieder hoben. Am Supraorbitalbogen dagegen, sowie an der Oberlippe zeigte sich die Affektion viel hartnäckiger, die Infiltrate verschwanden nicht vollständig, erschienen im Gegenteile wieder, als während einiger Zeit mit der Behandlung aufgehört wurde. Zu dieser Zeit wurde der Patient aus der Klinik entlassen.

Biopsie. Behufs histologischer und bakteriologischer Untersuchung wurden zwei Hautstücke exstirpiert, das eine aus dem rechten Arm, das andere aus dem rechten Oberschenkel, etwas oberhalb der Patella. Das letztere bildete eine münzenförmige, vollständig runde, dunkelrote, entschieden knotenförmige Erhabenheit auf normaler Umgebung und mit

unebener Oberfläche. Diese Unebenheit beruht auf der Ansammlung von gelblichen Krusten, die aus Bläschen und Pusteln entstanden sind, welche in Form von mannigfach unter einander verflochtenen Kreisabschnitten angeordnet waren. Diese Krusten haben ihren Sitz in den Ausmündungen der Follikel; entfernt man sie, so entstehen an ihrer Stelle trichterförmige Einsenkungen, die Follikelmündungen, zurück.

Das eine der beiden Hautstücke wurde in Alkohol fixiert, in Paraffin eingeschlossen und in Serien geschnitten.

Bei schwacher Vergröſserung konstatieren wir, von der gesunden Haut nach dem Zentrum der Läsion vorgehend, die ersten Veränderungen in der retikulären Cutis, wo bereits eine Anzahl rundlicher, verschieden

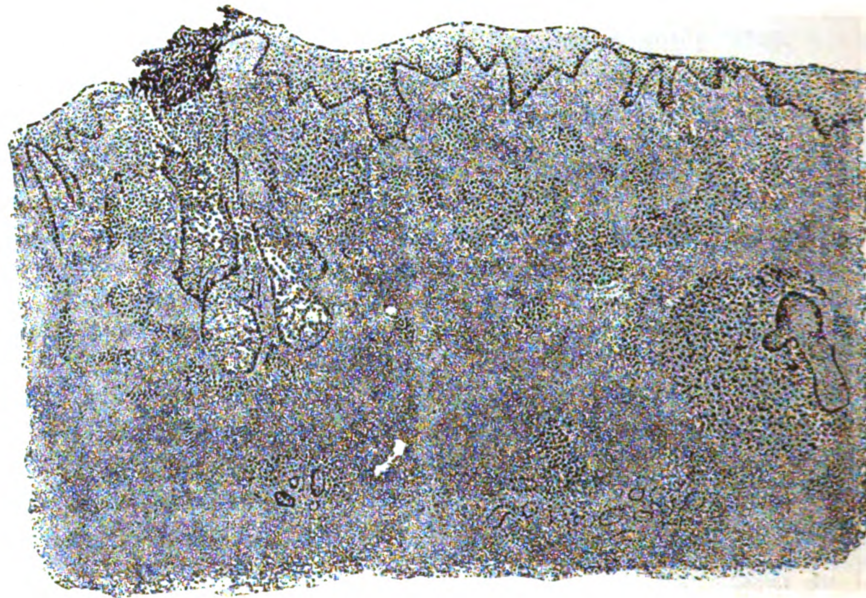


Fig. 3.

Schnitt durch das Granulom. Färbung mit Eosion-Thionin. REICHERT, Ok. 1, Obj. 1.

groſser Infiltrationsherde auftreten, während die Papillarschicht und die darüberliegende Epidermis noch intakt sind. Mit dem Zahlreicher- und Dickerwerden der Herde fangen auch die Papillen an, eine diffuse Infiltration aufzuweisen; gleichzeitig hypertrophieren die Zapfen der Schleimschicht, es tritt eine leukocytäre Diapedese in den Zellenzwischenräumen und eine Reihe anderer Veränderungen auf, auf die ich noch zurückzukommen haben werde. Stellenweise zeigen sich auf der Epidermis krustöse Ansammlungen und zwar sowohl im Bereiche der Follikel als unabhängig von diesen letzteren.

Bei genauerer Untersuchung zeigt es sich, daſs die hypertrophierte Epidermis, wenigstens scheinbar, das Pigment der Basalschicht verloren hat. Wo der entzündliche Prozeſs einen höheren Grad angenommen hat,

was an der starken Infiltration der Papillarschicht sichtbar ist, konstatiert man eine beträchtliche Diapedese von Leukocyten. Die Zellen des Rete Malpighii erscheinen weniger gefärbt, besonders im Kerne, vielleicht infolge einer serösen Imbibition; Vakuolenbildung durch nukleären oder perinukleären Hydrops ist nirgends sichtbar. Die Leukocyten dringen in die Zwischenstachelräume ein und dilatieren dieselben; die Brücken zwischen den Zellen werden dadurch gespannt und reifsen teilweise ein. Dadurch entstehen stellenweise kleine Ansammlungen, eigentliche Abscesse, die um so zahlreicher und umfangreicher werden, je näher man gegen das Bereich der Epidermispusteln vorrückt, von denen einige bereits Krusten gebildet haben. Man steht somit einem interstitiellen vesico-pustulösen Prozesse gegenüber. An der Bildung der Pustelkuppeln und der angrenzenden Partien beteiligen sich in Parakeratose begriffene Schichten. Dies erklärt sich sehr einfach aus der Tatsache, dafs der exsudative Prozefs in der Schleimschicht vor der Bildung der Pustel das Verschwinden des Stratum granulosum und lucidum verursacht hat, wodurch die Ausbildung eines normalen Keratisationsprozesses verhindert wurde. Der Boden der Pustel dagegen bildet die Fortsetzung der Schleimschicht, welche in der oben beschriebenen Weise verändert und infiltriert ist. Stellenweise ist aber auch diese aus in parakeratosischer Umwandlung begriffenen Schichten zusammengesetzt, welche gleichsam den Weg abgesperrt haben, durch welchen der Eiter bis zur Pustel gelangte. Diese Schichten sind übrigens noch in ihrer Bildung begriffen, indem das darunter liegende, veränderte und hydropische Schleimschichtepithel noch gar nicht erneuert ist. Dafs diese Erneuerung im Gange ist, läfst sich an den zahlreichen Kariokinesen in den Zapfen des Rete Malpighii erkennen.

Betrachten wir aber genauer die gröfseren Pusteln und die daraus entstandenen Krusten, so konstatieren wir dicke Übereinanderlagerungen von parakeratosischen Schichten und Leukocyten, welche uns zeigen, wie der exsudative Prozefs zuweilen schubweise vor sich geht.

Welches ist der Sitz dieser vesico-pustulösen Bildungen? Die klinische und anatomische Untersuchung des Hautstückes hat uns hierin ziemlich deutlich aufgeklärt. Durch die histologische Untersuchung desselben in Serienschnitten bestätigte sich unsere Diagnose eines follikulären Sitzes, wenigstens als Ausgangspunkt des Prozesses; die eitrige Entzündung der Epidermis beschränkt sich nicht allein auf die Follikelmündung, sondern erstreckt sich auch über dieselbe hinaus, so dafs es öfter zur Konfluenz von Pusteln kommt, die zu benachbarten Follikeln gehören.

Öfters erreichen Knäueldrüsenkanäle die Pustel, nirgends läfst sich aber erkennen, dafs die letztere von jenen ausgegangen ist.

Wir haben umsonst in diesen Pusteln nach Bakterien gesucht (Gramsche Gentianaviolettlösung). Daran liegt aber nichts Besonderes, da es bekannt-

lich sehr schwer ist, mitten in einem Gemenge von zerstörten Zellen und besonders Kernen Mikroorganismen nachzuweisen, wenn es sich bei letzteren um unregelmäſsig gruppierte Kokken handelt.

Cutis. Infolge der Veränderungen in den Epithelzapfen zeigen die Papillen solche in Bezug auf ihre Gröſse, ihre Richtung; man konstatiert ferner in ihnen Erweiterungen der Kapillaren, Auftreibung der Bindegewebsbündel, Hypertrophie der fixen Zellen, welche dadurch deutlicher erscheinen, und Infiltration polymorpher Leukocyten; diese Veränderungen stehen im Verhältnisse zur Intensität des Prozesses. Sehr zahlreich sind die Mastzellen.

Durch basische oder neutrale Farbstoffe färben sich auch in der Papillarschicht eine Anzahl von Körnern, die auf den ersten Blick wie Bakterien aussehen; durch die Gramsche Methode wird jedoch jeder Zweifel gehoben, wenn man sich dabei die nötigen Reserven über den Wert dieser Methode vorbehält, welche immer mehr an Boden verliert.

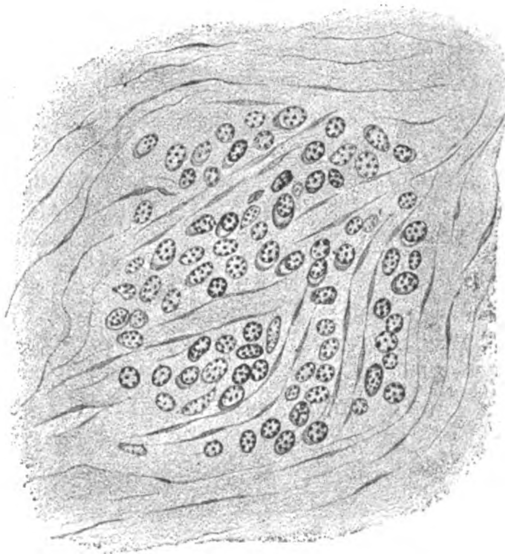


Fig. 4.
Nodulärer, granulomatöser, aus Plasmazellen und Kapillaren bestehender Herd.
Reichert, Ok. 4, Ölimmersion 1/12.

Ziemlich reichlich ist das Pigment in Gestalt von gelblichen Körnern.

Die Leukocyten, welche das Stratum papillare infiltrieren, bilden stellenweise kleine dermale Abscesse; dies ist jedoch selten.

Im retikulären Derma sind die Erscheinungen sehr verschieden. Ich habe bereits darauf hingewiesen, daſs man in demselben und zwar in den periphersten Teilen der Läsion, die ersten Erscheinungen der Dermatose findet und zwar in Gestalt von Nestern von Zellinfiltration, während die darüber liegende papilläre Cutis und die Epidermis noch frei sind.

Nun bestehen diese Zellnester, die meist eine regelmäſsige, runde, ovale oder rechtwinklige Gestalt haben, fast ausschlieſslich aus Plasmazellen. Andere Varietäten von fixen Zellen, geflügelte, sternförmige etc., mehr oder weniger veränderte, epitheloide und Riesenzellen fehlen hier vollständig und findet man bloſs Gefäſsendothelien.

Die Blutkapillaren sind zwischen diesen Nestern ziemlich gut entwickelt.

Zwischen diesen gut umschriebenen Zellherden liegt ein normales Bindegewebe. Diese scharfe Abgrenzung zwischen den Zellnestern findet man hauptsächlich in den tieferen Schichten des retikulären Derma und in den peripheren Teilen der Plaques, da nämlich, wo keine Diapedese von Leukocyten stattgefunden hat. Wo diese letztere auftritt, kommt es zur Konfluenz der Plasmazellenherde; diese Konfluenz taxiere ich aber als nur scheinbar, wegen der Zwischenlagerung von Elementen ganz verschiedenartiger Abstammung und Natur, indem ich nicht der Ansicht bin, dafs die Plasmazellen von Elementen herstammen, die aus den Gefäfsen ausgewandert sind. In dieser Beziehung verweise ich auf meine Arbeit über die Plasmazellen, welche in der Bibliographie angegeben ist.

Die Plasmazellen, welche diese Herde des retikulären Derma zusammensetzen, lassen sich stets gut färben und zeigen sowohl in den zentralen als den peripheren Partien Erscheinungen von hyaliner oder kolloider Entartung, Entartungen, welche meist in diesen Elementen angetroffen werden. Nirgends findet man sie zwischen den Kapillaren und niemals konstatiert man in Diapedese begriffene Elemente in den Gefäfsen der genannten Herde.

Bei dieser Gelegenheit, wo ich so viele Plasmazellen zu sehen bekam, möchte ich über dieselben einige Betrachtungen einschalten, da ich dabei eine Reihe von Tatsachen konstatiert habe, die zur Stütze meiner Ansicht dienen können.

1. Abstammung aus bereits bestehenden fixen Bindegewebszellen.
2. Vermehrung in situ der Plasmazellen.

Ich stütze mich dabei auf die Tatsache, dafs 1. das Granulom als erste Erscheinung die Bildung von Plasmazellenherden inmitten eines vollständig gesunden Bindegewebes zeigt, wo man keine Spur von Leukocytenwanderung in der Umgebung nachzuweisen im stande ist; 2. dafs diese Plasmazellenherde in jedem Entwicklungsstadium durch ein kompaktes und normales Bindegewebe scharf abgegrenzt sind; 3. dafs die Plasmazellen sehr zahlreich in jedem Herde sind und sehr dicht gedrängt

All diese Umstände lassen nach meiner Ansicht die Möglichkeit ausschliefsen, dafs die Plasmazellen von Wanderzellen abstammen, dafs sie sich in Plasmazellen umwandeln und, um so mehr, dafs diese bereits vollständig ausgebildet aus den Gefäfsen treten.

Nimmt man also ihre Abstammung aus den fixen Zellen an, so läfst sich andererseits die ungemein grofse Zahl der Plasmazellen in jedem Herde nicht leicht allein aus ihrer Bildung aus bereits bestehenden fixen Zellen erklären, welche in einem ausgebildeten Bindegewebe sicher nicht so zahlreich sein können; man müfste denn für das normale Bindegewebe das Vorhandensein sogenannter latenter oder schlafender Zellen (Granitz, Schnaudigel) annehmen, welche zuweilen im Bindegewebe der Cornea

und der Sehnen beschrieben wurden, und welche durch die gewöhnlichen Methoden nicht sichtbar gemacht werden können.

Zieht man ferner den Umstand in Betracht, dafs Kariokinesen in den genannten Herden fehlen, so mufs man wiederum annehmen, dafs die Vermehrung der Plasmazellen durch einen direkten Teilungsprozefs geschieht. Den genaueren Vorgang bei demselben lasse ich hier auf Grund der bei meiner früheren Arbeit gemachten Reserven aufser Betracht.

Wie systematisieren sich nun diese Plasmazelleninfiltrate? Ich habe bereits angeführt, dafs die Herde in ihren peripheren Abschnitten eine runde oder ovale Form haben; da, wo der Prozefs einen intensiveren Grad zeigt, wird ihre Gestalt rechteckig oder rautenförmig, wobei der gröfsere Durchmesser senkrecht zu liegen kommt. In diesem letzteren Falle habe ich öfters gesehen, wie sie Knäueldrüsengänge vollständig umringten und bis zur Epidermis hinauf begleiteten. In der Umgebung der Haarbälge, Talgdrüsen und Knäueldrüsen zeigen diese Zellenherde eine mehr unregelmäfsige Form.

Im Fettgewebe findet man keine Infiltrationselemente aufserhalb des Drüsenbezirkes; nur hie und da kommt eine hypertrophische Zelle vor.

Den höchsten Grad weist also der granulöse Prozefs im retikulären Derma auf.

Zur Färbung des Bindegewebes bediente ich mich einer Mischung von Orange, Methylgrün und sauren Fuchsins nach der Formel von BERGONZINI, welche Lösung das basophile Kollagen grün und das acidophile rötlich färbt. Über dieses Gewebe habe ich nur zu bemerken, dafs es überall da fehlt, wo die Plasmazellenhaufen liegen, und dafs beide Varietäten von Kollagen in der nämlichen Periode und gleichzeitig verschwunden sind. In den Papillen, wo es zu einer kleinzelligen Infiltration gekommen ist, erscheint das Kollagen in Gestalt von dünnen Fibrillen und mäfsig erhalten.

Auch in diesem Falle fand ich wieder die Bestätigung dessen, was ich bereits früher bei Anlafs meiner Untersuchungen über die Plasmazellen bei den Granulomen hervorgehoben habe, nämlich das verschiedene Verhalten des Bindegewebes gegenüber den Leukocyten und den Plasmazellen.

Einen ähnlichen Befund habe ich für das elastische Gewebe zu verzeichnen, welches sich in Bezug auf die Infiltrate wie das Kollagen verhält.

Die Blutgefäfse beteiligen sich sozusagen gar nicht an dem Prozesse. Weder in den Kapillaren, noch in den Gefäfsen des tiefen Netzes lassen sich Veränderungen nachweisen, welche an eine Arteritis oder Phlebitis erinnerten. Auch die Gefäfse aller Drüsensysteme sind intakt. Ich meine hier natürlich Verdickung und Infiltration der Gefäfswandungen, da man

offenbar einfachen Reizzuständen keinen Wert beilegen kann, wie solche z. B. in einer stärkeren Färbbarkeit des Gefäſsendothels oder einer Verdickung seiner Zellen ihren Ausdruck finden, welche Erscheinungen nirgends da fehlen, wo das Gefäſs rings von Infiltration umgeben ist. Man kann sich demnach darauf beschränken, zu erklären, daſs die Plasmome sehr reich an Kapillaren sind und daſs in der Papillarschicht Gefäſsdilatation und Diapadese vorhanden ist.

Hautdrüsensystem. Wir haben bereits die Beziehungen des Talgdrüsen- und Follikelsystems zu den Cutisinfiltraten und den Vesicopusteln kennen gelernt; ebenso haben wir gesehen, daſs sich die Plasmazellen um die Drüsenknäuel und ihre Ausführungsgänge anhäufen.

Die Knäueldrüsen zeigen aber noch eine Reihe anderer sehr wichtiger Veränderungen, auf die wir hier eingehen müssen. Wenn man die Schnitte mit den bekannten Kernfärbstoffen färbt (Karmin, Hämatoxylin), findet man nichts Besonderes in den sezernierenden Zellen. Benutzt man aber statt dessen Anilinfarben, so werden sofort eine Menge endocellulärer Granulationen verschiedener Gröſse sichtbar. Dies geschieht z. B. mit der Färbung nach GRAM, so zwar, daſs man auf den ersten Blick Kokken, ja selbst Morokokken vor sich zu haben meint.

Bekanntlich haben UNNA und BABES bei Lepra in den Knäueldrüsen mittels Karbolfuchsin acidophile Körner nachgewiesen, die sie für Leprabazillen oder Fragmentations- und Sekretionsprodukte derselben angesehen hatten. Später wurden sie von BABES auch in den Talgdrüsen, in den Hoden und im Nervensystem, schlieſslich nicht bloſs mehr bei Lepra, sondern auch bei Tuberkulose nachgewiesen. Bei Tuberkulose hat sie auch PHILIPPSON gefunden, der einen Fall von Thrombophlebitis der Haut beschrieben hat. JADASSOHN hat sie ebenfalls in den Knäueldrüsen in einem Fall von Syphilis tuberculosa gesehen. Endlich hat sich TSCHLENOFF im Laboratorium von JADASSOHN speziell mit diesen Granulationen beschäftigt, um herauszufinden, welche Bedeutung diesen Gebilden zukommt. Er hat zu diesem Zwecke eine ganze Reihe von Hautkrankheiten untersucht, indem er dabei die verschiedensten Fixations- und Färbungsmittel anwandte. Er fand sie sowohl unter normalen, als unter pathologischen Verhältnissen, aber keineswegs konstant und ohne daſs die Hautaffektionen, bei denen er dieselben zu sehen bekam, irgend eine verwandtschaftliche Beziehung zu einander gehabt hätten, so nämlich in einem Falle von Tuberculosis verrucosa, bei Epitheliom der Nase und bei einer Miliaria crystallina, alles Dermatosen, die in Bezug auf Ätiologie und pathologische Anatomie oder in klinischer Beziehung gar nichts gemeinschaftliches haben. Diese Granulationen sind unregelmäſsig verteilt, liegen einzeln oder in Gruppen, aber stets endocellulär. Je nach der angewandten Färbemethode werden mehr oder weniger groſse Mengen von ihnen sichtbar gemacht,

was den Autor auf den Gedanken gebracht hat, dafs nicht alle von derselben Natur seien; andererseits hat er jedoch die Möglichkeit ausgeschlossen, dafs es sich um Pigmentkörner oder um Fett handle; ohne Zweifel hatte man es mit Körnern zu tun, die aus einem unbestimmten eiweifsartigen Körper bestanden.

Auf Grund seiner Experimente an Katzen konnte er ferner ausschliefsen, dafs diese Körper irgend etwas mit der durch Pilocarpin hervorgerufenen Sekretion zu tun hatten.

Um auf unseren Fall zurückzukommen, habe ich ferner zu bemerken, dafs die Granulationen in den in Alkohol gehärteten Präparaten besonders stark hervortreten, wenn die GRAMsche Gentianaviolettfärbung benutzt wird. Danach zeigen sie sich gegen das Drüsenlumen zu maulbeerartig gruppiert oder auch zerstreut; sie sind intensiver gefärbt als der Kern, welcher mehr peripherwärts liegt. Mit anderen Worten, die Körner liegen meist innerhalb der Zelle, zwischen dem Kerne und dem freien Rande desselben gegen das Drüsenlumen zu; seltener liegen sie frei. Wie bereits bemerkt, machen sie den Eindruck von Kokken von ungleichmäfsiger Form und Gröfse. Bei aufmerksamerer Beobachtung zeigt es sich, dafs diejenigen Körnchen, welche dem Kerne näher liegen, mit diesem letzteren im Zusammenhange stehen. Der Kern selbst erscheint in solchen Fällen deformiert, unregelmäfsig gefärbt, immer jedoch intensiver als die übrigen Drüsenkerne. Einzelne dieser Haufen erscheinen bei günstiger Beleuchtung mit Irisblende wie durch eine dünne Membran begrenzt, nach Art eigentlicher Kerne. Stellenweise sieht man normale Kerne, welche derartige Körnchen ausstofsen. Von dieser Beziehung zu den Kernen spricht nun TSCHLENOFF nicht. Ich wiederhole aber, dafs ich sie selbst ganz zweifellos gefunden habe, so dafs ich nicht anstehe, die Körnchen mit der Kerntätigkeit in Beziehung zu bringen, indem ich dabei die Frage dahingestellt sein lasse, ob diese Tätigkeit als progressive oder degenerative Erscheinung zu betrachten ist. Jedenfalls mufs ich hervorheben, dafs ich in den Sekretionszellen der Glomeruli sehr zahlreiche Kariokinesen gefunden habe, während mir bei Färbung mit dem Hämatoxylin von BIZZOZZERO und mit Alaunkarmin die Glomeruli und die Sekretionszellen normal erschienen. Diese Abstammung vom Kerne und der Umstand, dafs es TSCHLENOFF erst durch längere Behandlung mit Lugol während mehr als einer Stunde gelang, die Körnchen sichtbar zu machen, lassen es mir unwahrscheinlich erscheinen, dafs die von mir und von ihm gefundenen Körnchen identisch sind, da ich in einer Minute eine äufserst klare Färbung der genannten Elemente erhielt.

In Übereinstimmung mit TSCHLENOFF dagegen gelang mir ihre Färbung sehr leicht mit Fuchsin, wodurch sie bedeutend gröfser, aber weniger zahlreich erschienen. Mit dem Safranin Martinotti konnten nur wenige

und mit dem Anilin-Safranin nur ganz ausnahmsweise einige sichtbar gemacht werden. Gar niemals gelang mir ihr Nachweis mittels Anilin-Safranin mit nachheriger Behandlung in Lugol, während Tschlenoff damit positive Resultate erzielt haben will. Spärliche Körnchen lassen sich mit Karbol-Thionin und polychromem Blau gewinnen, dagegen färben sie sich wieder gut nach der dreifachen Färbemethode von Bergonzini. Die Heidenhainsche Hämatoxylinfärbung ergab mir ein völlig negatives Resultat, während sie Tschlenoff gelang. Alle diese Widersprüche machen mich um so vorsichtiger der Frage über die Identität der beiden Gattungen von Elementen gegenüber.

Ohne anderweitige Untersuchungen kann ich mich somit über die Bedeutung dieser Körperchen nicht aussprechen. Immerhin glaube ich behaupten zu dürfen, dafs es sich um basophile Körnchen handelt, die vorherrschend eine Beziehung zur Kerntätigkeit haben. Über ihre Beziehungen zur spezifischen Sekretion kann ich nichts Bestimmtes sagen. Offenbar erinnern sie an jene endocellulären Produkte der Drüsenzellen, welche man in der Cystologie als Nebenkerne, Kariosomata, Pyrenosomata, nukleoide Formationen bezeichnet hat, und welche Steinhaus, Nicolaides und Melissinos als sehr wichtig bei der sekretorischen Funktion erklärt haben.

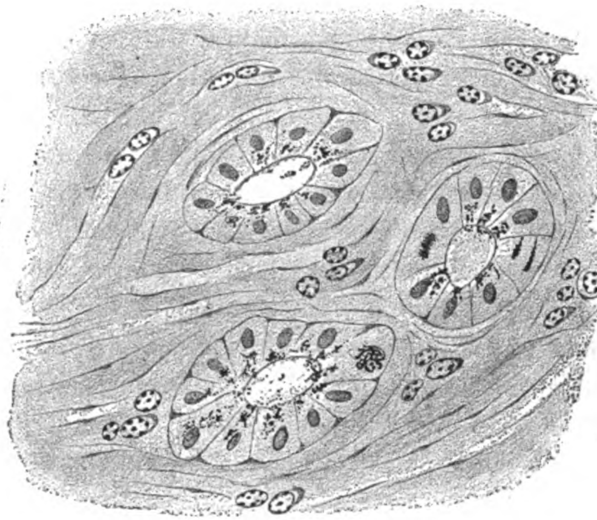


Fig. 5.
Knäueldrüsen mit basophilen, endo- und extracellulären Körnchen.
Reichert, Ok. 4, homogene Olimmersion $^1/_{12}$.

Die histobakterioskopische Untersuchung ergab in sämtlichen Schichten der Haut ein negatives Resultat.

Die histologische Untersuchung hat uns gezeigt, dafs wir uns zwei verschiedenen Prozessen gegenüber befinden: einer akuten exsudativen Entzündung mit Bildung von Bläschen und Pusteln mit meist follikulärer Lokalisation, begleitet von Ödem der Papillen, mit Dilatation der Gefäfse, Diapedese, Parakeratose, Spongiose; zweitens einer chronischen Entzündung,

welche zur Klasse der nodulären zu zählen ist, sowohl in Anbetracht ihres rein morphologischen Verhaltens, als der anatomischen Auffassung des Granuloms, welcher, im klassischen Sinne betrachtet, ein durch einen chronischen Entzündungsprozeſs entstandenes Gewebe darstellt; dasselbe besteht auſser bereits bestehenden, mehr oder weniger veränderten Bindegewebsfibrillen aus fixen, in verschiedener Weise veränderten Bindegewebszellen (in unserem Falle Plasmazellen) und proliferierenden Gefäſsen. Die Degenerationserscheinungen, welche mit dem Begriffe Granulom untrennbar verbunden sind, fehlten zwar nicht, doch waren sie nur spärlich vertreten, entsprechend der Art der Zellen, welche das Infiltrat zusammensetzen und vom Bindegewebe abstammen.

Welche Beziehungen haben die beiden Prozesse zu einander? Mit anderen Worten: Geht der granulomatöse Prozeſs der Bildung von Blasen und Pusteln voran oder folgt er ihnen? Aus dem klinischen Verlaufe hatten wir bereits gesehen, daſs die knotenförmige Infiltration stets den Ausgangspunkt des Prozesses bildete und daſs sich die exsudativen Erscheinungen erst nachher hinzugesellten; der histologische Befund hat sodann diese Tatsachen vollauf bestätigt. Bei dieser Gelegenheit möchte ich auf den Umstand hinweisen, daſs wir in den periphersten Teilen der Knoten und Plaques, wo die Haut, vom klinischen Standpunkte aus betrachtet, noch ganz gesund aussieht, in der Cutis bereits wohl ausgebildete Granulationsherde gefunden haben, während die Papillarschicht und die darüberliegende Epidermis (Zone der akuten Entzündung) noch intakt sind. Offenbar bilden diese Granulationsherde die Vorhut der vorschreitenden Dermatose.

In Anbetracht der Gestalt der Herde und ihrer Lagerung in Bezug auf die anderen Teile der Haut, kann man kaum an einen von Ferne wirkenden Reiz denken, z. B. von einem in akutem, exsudativem Prozesse sich befindenden Follikel her. Wir haben vielmehr gesehen, wie die exsudativen Erscheinungen der dermo-epidermalen Zone sich nach und nach zu den granulomatösen hinzugesellten, indem sie zu einer scheinbaren Konfluenz der Herde im Granulome führen; diese behalten aber ihre Integrität bei, da die Wanderzellen in das zwischen den genannten Herden liegende Bindegewebe dringen.

Dies hat nichts Wunderbares an sich, indem beinahe alle infektiösen Granulome von exsudativen Formen begleitet oder gefolgt werden, oder ihnen vorausgegangen sind. Man braucht nur an die rupiaartigen Formen der Syphilis zu denken, bei denen sich auf einem knotenförmig infiltrierten Grunde exsudative Prozesse abspielen (pustulöse Syphilodermata, der sogen. Lupus impetiginosus). Das Auftreten dieser Formen scheint auf der Ein-

wanderung von pyogenen Mikroorganismen zu beruhen. CAMPANA hat hierüber Untersuchungen angestellt und hat in diesem Sinne seine Schlufsfolgerungen gezogen.

Ätiologische Untersuchungen. Wie bereits mitgeteilt, blieb mein Forschen nach Mikroorganismen im Gewebe resultatlos.

In einem ersten Kulturversuch, den ich mit Säften aus den tieferen Schichten des Granuloms anstellte, fand ich einen Diplococcus, der auf flüssigen Böden (Peptonbouillon) die Neigung zeigte, sich maulbeerförmig zu gruppieren. Unglücklicherweise konnte ich den Versuch eines Unfalles wegen nicht direkt fortsetzen; wohl habe ich denselben in der Folge wiederholt, da man aber bereits mit der Behandlung des Patienten begonnen hatte, und die Heilung schon im Gange war, erhielt ich ein negatives Resultat. Aus dem Inhalte der Pusteln erhielt ich den Staphylococcus pyogenes-albus.

Mit der genannten Diplokokkenkultur machte ich sodann eine subcutante Injektion in die innere Fläche beider Ohren eines Kaninchens. In den ersten Tagen zeigte sich nichts Besonderes an der Injektionsstelle und es blieb selbst jede Spur von Reaktion aus. Nach einigen Tagen jedoch sah ich etwas entfernt von der Einstichstelle, gegen die Ohrwurzel zu, einen erosiven, exsudativen Entzündungsprozefs auftreten, der exzentrisch vorschritt. Das Kaninchen starb nach vier Wochen, nachdem es in den letzten Tagen stark abgemagert war. Die Sektion ergab nichts Besonderes.

Liefs sich auf Grund eines solchen Befundes eine spezifische Diagnose stellen?

Man hatte zuerst, wie gesagt, an Syphilis gedacht, in Gestalt einer Spätform, indem keine andere noduläre Form sich mehr derselben nähert. Bei genauerer Untersuchung zeigte es sich aber, dafs diese Annahme auf einem Irrtum beruhte.

Aus der Anamnese waren keine Anhaltspunkte zu gewinnen, sowohl was den Patienten als seine Familie anbelangte, indem er entschieden behauptete, niemals eine venerische Affektion durchgemacht zu haben, und auch objektiv nichts davon nachzuweisen war. Bei der Frau und den Söhnen war auch nichts ausfindig zu machen.

Nach den Angaben des Patienten hatte die Affektion am Fufse in Gestalt eines Knötchens begonnen, worauf andere Elemente aufgetreten waren. Aufser dem Patienten hatten noch andre Individuen, welche zu demselben in keiner verwandtschaftlichen Beziehung standen, aber unter den gleichen Verhältnissen gelebt hatten, dieselbe Dermatose gezeigt.

Wir haben also einerseits als objektive Symptome die Bildung von Knoten, Blasen und Pusteln, die Knoten von ziemlich fester Konsistenz, dunkelroter Farbe und mit der Neigung, Pigmentfarbstoffe aufzunehmen,

mit Ausgang in narbige Atrophie infolge eines langsamen Resorptionsprozesses. Wir konstatieren ferner eine Gruppierung der Elemente in Form von Trauben, Kreisbogen etc., alles Erscheinungen, wie wir sie bei den tertiären Manifestationen der Lues wiederfinden. Andererseits aber haben wir die akuten exsudativen Komplikationen, die grofse Anzahl von Efflorescenzen, ihre besondere Art, sich zu entwickeln und sich nach einem gewissen Gesetze von Symmetrie an den Gliedmafsen und im Gesichte mit vollständigem Ausschlusse des Rumpfes zu verteilen; das Auftreten jener dicken Beulen an den Stirnhöckern und an der Unterlippe, ohne dafs diese Tumoren degenerative Erscheinungen aufwiesen und andererseits mit dem darunter liegenden Perioste in Beziehung stünden, das Fehlen von periostalen Herden an den Tibiä, wo dagegen die eruptiven Elemente sehr zahlreich waren. Diese Reihe von Symptomen sprachen ihrerseits gegen Syphilis, ebenso die besondere Art von Schmerzen, welche bei dem Patienten, einem ziemlich stumpfsinnigen Individuum, eher auf die Müdigkeit zurückzuführen waren, denn auf periostale Störungen.

Um zu einer Schlufsfolgerung zu gelangen, mufsten also noch andere Kriterien gesucht werden. So wurde auch die Probe ex juvantibus versucht. Welches das Resultat war, haben wir bereits weiter oben gesehen.

Es ist die Frage öfters diskutiert worden, ob es bei den Granulomen möglich ist, auf histologischem Wege die besondere Art des Tumors zu diagnostizieren und zwar speziell bei den nodulären Formen, wo bis jetzt der spezifische Mikroorganismus nicht nachgewiesen werden konnte. Obwohl der Nachweis eines solchen spezifischen Mikroorganismus oder von anderen anatomischen Elementen, Zellen, denen spezifische Eigenschaften zuzuschreiben wären, bisher nicht geliefert wurde, so ist doch wenigstens so viel aus dieser Diskussion hervorgegangen, dafs bei jedem Granulom mit langsamem Verlaufe eine Reihe von anatomischen Störungen eintreten, eine Gruppierung von evolutiven Prozessen, mit einem Worte ein solcher Komplex von Tatsachen, dafs füglich von Spezifizität gesprochen werden kann. Bei jedem Granulom baut sich dieser Komplex um eine Hauptstütze herum auf, welche bei der Syphilis z. B. in den Gefäfsläsionen besteht.

Die Untersuchungen von Biesiadecki, Auspitz, Unna, Neisser, Finger, Neumann, Krysztalowicz etc. stimmen alle in diesem Punkte überein. Wenn man diesen Umständen noch beifügt, dafs in unserem Falle geflügelte, sternförmige, hypertrophische fixe Zellen, wie sie bei den Syphilodermen und Riesenzellen so häufig sind, vollständig fehlten, so mufs man sofort zugeben, dafs das so beschriebene Granulom auch vom histologischen Standpunkte aus betrachtet nichts mit den Hautsyphiliden gemein hat.

Noch eine andere granulomatöse Affektion kommt in differentialdiagnostischer Beziehung in Betracht, und zwar nicht allein wegen einiger

klinischer und anatomischer Merkmale, sondern auch, wenn man die Anamnese in Bezug auf die Herkunft des Patienten berücksichtigt: wir meinen die Boubas, Framboësia brasiliana oder Yaws, welche zuweilen solche Ähnlichkeit mit der Syphilis zeigt, daſs sie mit der letzteren öfters verwechselt worden ist.

Ich will hier kurz die Symptomatologie der Framboësia brasiliana wiedergeben, da sie eine noch wenig bekannte Affektion ist. Nach einer Reihe von Prodromen, wie Kopfschmerzen, rheumatoide Schmerzen, Bildung von kleienartigen Plaques auf der Haut und von starker Abschuppung, begleitet von Jucken an den Handtellern und Fuſssohlen (diese Periode muſs offenbar einem erythematösen, allgemeinen eruptiven, nicht scharf nachweisbaren Stadium entsprechen, indem die Framboësia öfters die Nerven befällt), folgt die Bildung eines einzelnen Knötchens an einem Fuſse oder Beine, eine Art harten Furunkels, der sich mit einer Kruste überzieht, unter welcher sich ein Geschwür und dann eine spezifische Vegetation entwickelt. Das Ganze kann sodann verschwinden unter Hinterlassung einer pigmentlosen Narbe. Dem ersten eruptiven Elemente folgen sodann andere, welche denselben evolutiven Prozeſs durchmachen; durch Konfluenz der einzelnen Efflorescenzen entstehen kreis-, bogen- und kokardenförmige Figuren. Die Dermatose kann an irgend einer Körperstelle auftreten, zeigt sich aber besonders an den Gelenkbeugen in der Umgebung der natürlichen Körperöffnungen in der Genitalgegend und an den Schleimhäuten. Die Krankheit ist von meist nächtlichen, osteo-artikulären Schmerzen begleitet. Die Dauer der Krankheit kann eine sehr lange sein, und in den Fällen, wo die Schleimhäute mit in den Prozeſs hineingezogen werden und ulceröse Formen vorherrschen, können allgemeine septische Zustände folgen, die zum Tode führen. In gewissen Perioden der Affektion würde eine Jod-Quecksilberbehandlung ganz indiziert erscheinen; die Ansichten einer Reihe von Forschern und unsere Erfahrungen in unseren beiden Fällen widersprechen dem aber. In anatomischer Hinsicht hat die Framboësia ihren ursprünglichen Sitz in der papillären Cutis: längs den Gefäſsen der Papillen bilden sich Reihen von Plasmazellen. Bemerkenswert ist ferner die starke Entwicklung der Zapfen des Rete Malpighii, wodurch eine wahre Hyperakanthose entsteht, was gerade das morphologische Wesen der Affektion ausmacht.

Prof. Breda hat eine Reihe derartiger Fälle untersucht und kommt dabei zu analogen Schluſsfolgerungen. Ich möchte sodann noch auf einen Fall hinweisen, den ich gemeinschaftlich mit Prof. Majocchi speziell in ätiologischer Hinsicht studiert habe.

Dies wären also Punkte, worin sich die Krankheit unseres Patienten mit der Framboësia und der Syphilis vergleichen läſst. Dagegen fehlen vollständig die Vegetationen, die ulcerösen Formen, die Läsionen in der

Umgebung von Mund und Anus, die Schleimhautveränderungen, der günstige Erfolg der Quecksilberbehandlung (wenn man diesem Faktor überhaupt einen Wert beilegen will), ferner kommen in Betracht das Ausgehen der granulomatösen Veränderungen vom retikulären Derma und der negative Befund der bakterioskopischen Untersuchung. Unter Vorbehalt konnte somit die Diagnose von Boubas eliminiert werden, da uns dieselben innerhalb gewisser Grenzen bekannt ist.

Ohne mich bei anderen Formen von infektiösen Granulomen aufzuhalten, will ich nur auf die Möglichkeit eines toxischen Granuloms hinweisen. Einer derartigen Vermutung widerspricht der bakterioskopische Befund nicht, denn aufser dem Diplococcus, den wir beim ersten Kulturversuch gezüchtet, und über den wir nichts Positives auszusagen vermögen, haben wir nur noch das Vorkommen der pyogenen Kokken in den follikulären Pusteln zu verzeichnen, deren Bedeutung für eine sekundäre Infektion mir zweifelhaft erscheint.

Dafs es toxische Granulome wirklich gibt, steht aufser Zweifel, da wir ein Beispiel davon in den Tuberkuliden haben, deren Existenz gegenwärtig von keinem Forscher mehr bezweifelt wird, ferner in den akuten Jodo- und Bromodermien, welche alle den infektiösen, nodulären Formen gemeinen Stadien, von der Neubildung bis zur Degeneration, durchmachen. Darin liegt nichts Auffallendes, wenn man bedenkt, dafs das Granulom bei infektiösen Formen weniger durch die Mikroorganismen selbst als durch deren toxische Produkte verursacht wird, welche sich mit exo- und endogenen chemischen Toxinen vergleichen lassen.

Der Unterschied liegt vielmehr darin, dafs bei den infektiösen Granulomen die Wirkung der Toxine gewissen biologischen Gesetzen untergeordnet ist, welche den vitalen Bedingungen der Bakterien vorstehen; bei den exogenen toxischen Granulomen dagegen hängt die Entwicklung der letzteren von den Abänderungen in der Darreichung der Medikamente ab; bei den endogenen steht diese Entwicklung im Zusammenhange mit der Produktion der organischen Gifte, welche durch Störungen im Stoffwechsel oder infolge von mangelhafter Leber- oder Nierenfunktion beeinflufst werden. Nun haben diese toxischen Granulome ihren Lieblingssitz im Bereiche der Hautdrüsen, welche wahrscheinlich bei der Elimination der Gifte eine Rollė spielen. Es dürfte sich demnach auch in unserem Falle um eine derartige Form handeln, da sich bei demselben der Prozefs zu einem guten Teile in der Umgebung der genannten Drüsen abspielt und diese letzteren bei der histologischen Untersuchung Zeichen von spezifischer Tätigkeit in den sekretorischen Zellen aufwiesen.

Die Topographie der Efflorescenzen mit einem gewissen Grade von Symmetrie würde mit dieser Theorie übereinstimmen, indem bekanntlich

die toxischen und neurotoxischen Dermatosen oder wenigstens diejenigen, welchen diese Bezeichnung am meisten zukäme, ihren Sitz an den Extremitäten haben; man hat nur an die exsudativen Dermiten und Erytheme zu denken.

Eine einzige Tatsache spricht gegen diese Hypothese, nämlich das Resultat der Injektionen von Gewebesaft bei Kaninchen, wie wir dies weiter oben erwähnt haben. Hätte es sich da um eine toxische Dermatose gehandelt, so hätte eine Reaktion von Anfang an eintreten können und nicht erst nach einer gewissen Zeit, was eine Inkubation des Giftes vermuten läßt. Allerdings könnte dieses Gift aus sekundären bakteriellen Formen bestehen. Ich will mich aber nicht weiter in dieses hypothetische Gebiet hineinlassen.

Die Frage, ob es sich vielleicht um eine sarkomartige Form handelt, will ich auch nicht aufs Tapet bringen, indem wir es hier mit einfachen, reinen Formen von nodulären Granulomen zu tun haben und es nicht am Platze erscheint, feine klinische oder histologische Unterscheidungsmerkmale ausfindig zu machen, da sich mit denselben doch nicht autonome Typen und Gruppen aufstellen lassen.

Endlich fragt es sich, ob man es nicht mit einer Form von Dermitis zu tun hat, die man in die Gruppe der herpetiformen Dermiten von Duhring oder der polymorphen, schmerzhaften Dermiten von Brocq, denen man allenfalls andere verwandte, nicht scharf abgegrenzte Varietäten, wie z. B. die „dermite pustuleuse en foyer à progression excentrique" von Hallopeau, einreihen könnte; unser Fall zeigt nämlich mit diesen letzteren eine gewisse Verwandtschaft in Anbetracht der vesico-pustulösen Elemente, der herpesartigen Gruppierung, des Sitzes, der symmetrischen Verteilung der Efflorescenzen und schließlich der subjektiven Beschwerden, mit denen die Eruption einherging.

Wie man sieht, bilden diese Symptome das Syndrom der herpetiformen Dermatitis oder der polymorphen, schmerzhaften Dermatiten, welche eine alleinstehende, nosologische Gruppe bilden; sie haben verschiedene Namen erhalten, indem Duhring und die englische Schule besonderen Wert auf das herpesartige Aussehen der Dermatose legten, während Brocq und die Franzosen das Symptom Schmerz der Diagnose zu Grunde legten; Piffard endlich, Bulkley und White hoben den Polymorphismus hervor.

Ohne auf derartige weitschweifige Diskussionen einzugehen, will ich nur auf die fundamentalen Symptome der Affektion hinweisen: Polymorphismus, subjektive Beschwerden, herpesartiges Aussehen der Eruption, alles Erscheinungen, welche von einem Falle zum anderen eine Reihe von Variationen in der Intensität zeigen, wie dies übrigens bei jeder anderen Affektion zu geschehen pflegt.

Den Ausgangspunkt des Prozesses, gleichsam den Grundstein desselben,

bildet in unserem Falle die frühzeitig eintretende und rasch verlaufende noduläre granulomatöse Infiltration. Weder klinisch, noch viel weniger histologisch liefs sich diese noduläre Infiltration mit der eine Dermatitis begleitenden Infiltration der Cutis verwechseln und zwar vor allem wegen der Chronologie des Verlaufes, dann wegen ihres konstanten Vorkommens bei allen Efflorescenzen, von den jüngsten bis zu den ältesten, wegen ihres Ausgangs in Resorption und Atrophie, alles Tatsachen, die mit der Auffassung eines Infiltrates infolge von chronischer Dermitis im Widerspruche stehen, indem das Infiltrat in diesen Fällen stets ein sekundäres, diffuses, sklerotisches ist und erst später auftritt, wie das Infiltrat, welches die einfachen chronischen Entzündungen begleitet (Lichenifikation der Franzosen).

Ich habe noch zu erwähnen, dafs keine Eosinophilie vorhanden war, obwohl man dieser letzteren keinen grofsen Wert beimessen kann.

Ich habe ferner weiter oben eine Andeutung auf die Dermatitis von Hallopeau gemacht, deren Selbständigkeit zwar einzelne Autoren leugnen, indem sie sie als eine Varietät der oben angegebenen Dermiten auffassen, während sie andere mit dem Pemphigus vegetans (Kaposi, Neumann) oder mit der Syphilis assimilieren (Kaposi). Ich verzichte darauf, mich hierüber auszusprechen und verweise den Leser auf die diesbezügliche Diskussion am Pariser Kongrefs von 1889, auf die wiederholten Diskussionen in der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie, auf eine vergleichende Studie von Hallopeau zwischen diesen Dermatiten und denjenigen von Duhring etc.; ich ziehe sie hier in Betracht, weil sich in meinem Falle eine ganze Reihe von Symptomen zusammenfinden, welche an dieselbe erinnern.

Von der Richtigkeit des soeben Beschriebenen kann sich übrigens ein jeder leicht überzeugen, wenn er sich an das von Hallopeau aufgestellte Syndrom erinnert, welches dieser Autor bereits im Jahre 1889 bei Anlafs der Vorstellung seines ersten Falles am Internationalen Kongresse in Paris seiner Krankheit gegeben hat. Dieses Syndrom ist folgendes: Frische, gewundene, bogenförmige, vesico-pustulöse Formen, ältere, erhabene, indurierte, pigmentierte Plaques; excentrisches Vorschreiten der Herde durch Bildung neuer Bläschen an der Peripherie; heftiges Jucken, dermale und hypodermale Eiterungen, Verdickung und Induration der Cutis, Ausbreitung des Prozesses auf die Schleimhäute; günstiger allgemeiner Körperzustand.

Was ich aber oben beim Vergleiche mit den polymorphen und herpetiformen Dermiten in Bezug auf die Chronologie des Verlaufes und die Beschaffenheit der Infiltrate gesagt habe, gilt auch hier. Dazu kommt in meinem Falle das Fehlen von eitrigen Erscheinungen, von Vegetationen, das Freibleiben der Schleimhäute, besonders der Zunge, und aufserdem eine ganze Reihe untergeordneter Faktoren, welche sich auf die Lokali-

sation, den Verlauf etc., beziehen und auf die ich nicht weiter eingehen will.

Was die Impetigo herpetiformis und die „Dermatites suppuratives multiformes à poussées successives“ von HALLOPEAU und PRIEUR anbelangt, mit denen mein Fall die vesico-pustulösen Erscheinungen gemein hat, so kommen dieselben hier gar nicht in Betracht, da vor allem die allgemeinen Symptome, besonders das Fieber, welche jene Dermatosen stets begleiten, in unserem Falle vollständig fehlten.

Schlufsfolgerungen.

Nachdem wir nun gesehen, dafs es sich um eine chronische, noduläre, granulomatöse, herpetiforme Dermatose handelt, die sich keiner der bekannten Hautaffektionen assimilieren läfst, wollen wir hier in einigen Zügen das Bild der Affektion skizzieren:

1. Sie beginnt in schleichender Weise mit knotenförmigen, akneartigen, vesico-pustulösen Elementen an den Extremitäten.
2. Der Verlauf ist ein chronischer, indem stets neue Efflorescenzen zu den schon bestehenden hinzutreten; sie zeigen alle dieselbe Beschaffenheit und eine gewisse Symmetrie in ihrer Verteilung, indem sie sich mit Vorliebe an der Streckseite der Extremitäten und im Gesichte lokalisieren, den Rumpf frei lassend.
3. Bei ihrer Gruppierung nehmen die Efflorescenzen ein herpetiformes Aussehen an.
4. Erosive Prozesse sind an den Efflorescenzen nicht zu bemerken, vielmehr zeigen sie eine Neigung zu spontaner Involution durch Degeneration und Resorption der Produkte bis zur narbigen Atrophie mit Pigmentation.
5. Die Dermatose ist mit verschiedenen subjektiven Beschwerden verbunden: Gefühl von Müdigkeit, Knochenschmerzen, besonders aber Jucken und Brennen.
6. In anatomischer Hinsicht stellt die Dermatose einen granulomatösen, nodulären und einen suppurativen, vesico-pustulösen Prozefs dar, mit Lokalisation in den Follikeln.
7. Das Granulom besteht fast ausschliefslich aus mehr oder weniger gut erhaltenen Plasmazellen und aus reichlichen Kapillaren; arteriitische und phlebitische Prozesse fehlen.
8. Was die Ätiologie anbelangt, konnten nur gewöhnliche pyogene Mikroorganismen in den Pusteln nachgewiesen werden. Beim Kaninchen hat man mit den Auszugsprodukten des Granuloms erosive Dermiten erzeugt.

9. Die Quecksilberbehandlung ist ohne jeden Erfolg geblieben, oder vielmehr hat sich in unserem Falle der Zustand des Patienten danach verschlimmert. Dagegen hat eine lokale Behandlung mit Resorcin in verhältnismäſsig kurzer Zeit eine Heilung der Dermatose herbeigeführt.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Literatur.

BABES, Verhandlungen der Lepra-Konferenz. I. S. 140.

BERGONZINI, Über das Vorkommen von granulierten basophilen und acidophilen Zellen im Bindegewebe und über die Art, sie sichtbar zu machen. *Anat. Anzeiger*. 1891.

BOSELLINI, Delle cosidette Plasmazellen nei granulomi cutanei. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1902.

BREDA, Beitrag zum klinischen und bakteriologischen Studium der brasilianischen Framboesie oder Boubas. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. Bd. II.

BROCQ, Dermatite herpétiforme de DUHRING. *Ann. de derm. et de syphil.* 1888.

— Note sur les Dermatites polymorphes douloureuses. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1898.

DUHRING, Cutaneous medecine, a systematic treatise on the diseases of the skin. 1898.

GRAWITZ, Über die schlummernden Zellen des Bindegewebes und ihr Verhalten bei progressiven Ernährungsstörungen. *Virch. Arch.* Bd. 127, Heft 1.

JADASSOHN, Verhandl. der Deutschen dermatolog. Gesellschaft. Straſsburg 1898.

JAMIESON, Remarks introductory to a debate on the subject held at a special meeting of the Dermatological Society of London, on the evening of the 9th of February 1898. *Brit. Journ. of Derm.* 1898.

ITTMANN und LEDERMANN, Die Dermatitis herpetiformis und ihre Beziehungen zu verwandten Affektionen. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892.

HALLOPEAU et PRIEUR, Sur une dermatite multiforme à eruptions successives. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1896.

HALLOPEAU, Sur une nouvelle forme de dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique. *Comptes rendus de Congrès international de Derm. et de Syph.* 1899.

— Nouvelle étude sur la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique. *Société de Derm. et de Syph.* 1891. — Ref. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1891.

— Étude comparative sur la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique et la dermatite herpétiforme de DUHRING. *Société de Derm. et de Syph.* Januar 1892. — *Ann. de Derm. et de Syph.* 1892.

— Monod. Sur un cas de dermatite pustuleuse vegétante en foyers à progression excentrique et un cas de dermatite herpétiforme vegétante. *Société de Derm. et de Syph.* 1895. — *Ann. de Derm. et de Syph.* Juli 1895.

HALLOPEAU et LE DAMANY, Sur un troisième fait de dermatite pustuleuse chronique et vegétante en foyers à progression excentrique. *Société de Derm. et de Syph.* Januar 1895. — *Ann. de Derm. et de Syph.* 1895.

KRZYSZTALOWICZ, FRANZ, Die hystologischen Merkmale der syphilitischen Exantheme im Vergleich mit den klinisch ähnlichen Dermatosen. *Monatshefte f. prakt. Derm.* 1901. Bd. XXIII, S. 205—261.

NB. Questa publicazione porta una notevole bibliografia dei lavori che trattano delle lesioni anatomiche sifilitiche.

MACKENZIE, Dermatitis herpetiformis. *The Brit Journ. of Derm.* 1893. — *Ann. de Derm. et de Syph.* 1893.

MAJOCCHI e BOSELLINI, Sull' etiologia del Boubas. *R. Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna.* 1900. V, VIII.

NICOLAIDES, Über die mikroskopischen Erscheinungen der Pankreaszellen bei der Sekretion. *Centralbl. f. Physiol.* 1886.

NICOLAIDES und MELISSINOS, Untersuchungen über einige intra- und extranukleare Gebilde im Pankreas der Säugetiere auf ihre Beziehung zu der Sekretion. *Arch. f. Anat. u. Entwicklung.* 1890.

PHILIPPSON, Sopra la tromboflebite tubercolare cutanea osservata in un caso di linfomi scrofolosi del collo. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1898.

RIBBERT, Beiträge zur Entzündung. *Virch. Arch.* 1897. Bd. 150.

SCHNAUDIGEL, La théorie de l'immigration et la doctrine des cellules latentes. *Arch. d'Ophtalmologie.* 1899.

STEINHAUS, Les métamorphoses et la gemmation indirecte des noyaux dans l'epithelium intestinal de la Salamandra maculosa. *Arch. de physiol. norm. et path.* 1888. IV.

TSCHLENOFF, Beitrag zur Kenntnis der Knäueldrüsenkörnchen. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898. Bd. 2, S. 185.

UNNA, Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894.

WICKHAM, Dermatite de DUHRING. *Société de Derm. et de Syph.* 1893. — *Ann. de Derm. et de Syph.* 1893.

Zur Prophylaxe der Enteritis mercurialis.

Von

Dr. LEONHARD GÖRL-Nürnberg.

In den ersten Tagen des August 1902 acquirierte ein mir schon seit lange bekannter 33jähriger Kaufmann während einer Geschäftstour auswärts ein Geschwür am Sulcus coronarius penis.

Am 1. September wurde eine Induration konstatiert, die der konsultierte Kollege für charakteristisch genug hielt, um sofort die Diagnose auf Lues zu stellen und eine Spritze 10%iger Hg-Salicylicumparaffinmischung zu injizieren.

Noch in der gleichen Nacht wurde Patient von einer starken Diarrhoe befallen, wobei alle halbe Stunde anfangs dünner Stuhl, zum Schlusse Schleim und Blut abging.

Auf hohe Dosen Opium verschwand dieselbe innerhalb einiger Tage wieder.

Daraufhin fragte der Patient, der inzwischen wieder weitergereist war, bei mir brieflich an, ob der Darmkatarrh mit der Einspritzung zusammenhänge. Ich mufste dieses selbstverständlich bejahen und gab den

Rat, weitere Injektionen nicht machen zu lassen. Bestimmend hierfür war aufser der starken Einwirkung der ersten Injektion noch die Unsicherheit der Diagnose, da Lues nur dann vorliegt, wenn sekundäre Erscheinungen vorhanden sind, und weil ich eine Schmierkur, wenn irgend angängig, der Spritzkur vorziehe.

Als der Patient nach 14 Tagen hier ankam, fand ich bei ihm in der Mitte der Dorsalfläche des Sulcus coronarius einen erbsengrofsen, sich hart anfühlenden, von gesunder Epidermis überzogenen Knoten. Weder die Inguinal-, noch Cubital- oder Halsdrüsen waren vergröfsert.

Das subjektive Befinden und das Aussehen des Patienten war in nichts gegen früher verschieden. Auch der akute Darmkatarrh war wieder der chronischen Verstopfung gewichen, über die Patient bei mir sich schon seit vier bis fünf Jahren beklagt hatte.

Am 6. November stellte sich ohne allgemeine Erscheinungen ein makulopapulöses Syphilid am ganzen Stamm ein, worauf ich sofort mit einer Schmierkur mit 4,0 Sapo cin. beginnen liefs.

Schon nach der vierten Einreibung traten wieder solche Durchfälle ein, dafs Patient zwei Tage das Bett hüten mufste und sich äufserst schwach fühlte.

Nachdem dieselben unter Opiumdarreichung wieder verschwunden waren, versuchte ich die Schmierkur mit 1 g-Dosen fortsetzen zu lassen, aber am vierten Tage stellte sich wieder blutiger diarrhoeischer Stuhl ein.

Aus den später zu erwähnenden Gründen verordnete ich nun dreimal täglich einen Kaffeelöffel voll Zymin neben reichlich Amylaceen. Nachdem dasselbe acht Tage eingenommen worden war, liefs ich, bei Fortgebrauch gleicher Zymindosen, wieder mit der Schmierkur beginnen.

Ohne irgend welche Störung verrieb Patient nun 4,0, 4,0, 2,0, 2,0, 4,0, dann sechsmal 3,0 und sechsmal 4,0 Sapo cin.

Am 31. Dezember liefs ich, um die Zeit der Nachwirkung des Zymins kennen zu lernen, dasselbe aussetzen, wobei mit 5 g weiter gerieben wurde. Schon nach drei Portionen trat dünner Stuhl auf, der aber auf Zymin trotz weiteren Einreibens von noch drei Portionen à 5,0 wieder verschwand.

Bei allen diesen verschiedenen Enteritisanfällen war nie eine Stomatitis auch nur angedeutet, woran wohl die günstige Einwirkung der Unna-schen Kalichloricumpaste schuld war.

Betrachten wir kurz die Krankengeschichte, so sehen wir bei einem sonst gesunden Manne einmal nach einer Einspritzung von 0,1 Salicylquecksilber, zweimal nach äufserer Anwendung nicht besonders hoher Quecksilberdosen schwere Darmerscheinungen auftreten. Es fragte sich nun, ob der Patient immer auf Quecksilber mit Enteritis reagiere — Idiosynkrasie —, oder ob nur eine zeitweise Empfindlichkeit des Organismus gegen Hg vorliegt — Disposition —. War letzteres der Fall,

so war analog anderen zahlreichen Beobachtungen zu erwarten, daſs Patient später einmal doch das Quecksilber gut vertrage.

Wegen der Stärke des Exanthems überlegte ich mir, ob es nicht möglich sei, eine gegebene Disposition durch therapeutische Eingriffe zu beseitigen. Die Möglichkeit hierzu war nach den theoretischen Ansichten über die Ursache der Enteritis mercurialis nicht von der Hand zu weisen.

Nach UNNA,[1] BÖNNECKEN[2] und BOCKHART[3] ist die Proctitis mercurialis eine bakterielle Entzündung. „Im Dickdarm werden die immer hier stattfindenden Reduktionsprozesse durch den Einfluſs des reduzierend wirkenden Quecksilbers gesteigert. Das Hg wirkt auſserhalb der Gewebe und innerhalb derselben reduzierend, wodurch die Gewebe geschädigt werden und den im Dickdarm vorhandenen Mikroorganismen günstigere Lebensbedingungen geschaffen werden, so daſs sie in das weniger widerstandsfähige Gewebe eindringen können."

Das Hg gehört nach L. LEWIN[4] zu den „Mitteln, welche zuerst im Magen und Darm ausgeschieden werden und dort Veränderungen setzen". Diese Veränderungen sind aber um so hochgradiger, je weiter vom Magen und Dünndarm mit ihren desinfizierenden Sekreten sich der betreffende Darmabschnitt befindet oder mit anderen Worten, je ungestörter und reichlicher sich die im Darm vorhandenen Bakterien vermehren können. Die anatomischen Veränderungen bei der Proctitis mercurialis bestehen im wesentlichen in einer schweren hämorrhagisch-diphtheritischen Entzündung, die sich auf der Höhe der Schleimhautfalten etabliert (GRAWITZ).[5]

Den Hauptanteil bei der Erzeugung der Proctitis mercurialis hat also nicht die Ausscheidung des Quecksilbers als solche, sondern der Kontakt der Schleimhaut und besonders der Schleimhautspitzen mit im Darminhalt befindlichen, reduzierend wirkenden Bakterien und ihren Ptomainen, welch letztere bei Zufuhr von nicht desinfizierenden Hg-Verbindungen in besonderer Weise von bestimmten Bakterien in vermehrter Menge geliefert werden.

Es braucht dabei nicht angenommen zu werden, daſs nur eine Sorte von Bakterien die Fähigkeit hat, bei Quecksilberzufuhr im menschlichen Körper besser zu gedeihen, jedoch spricht das häufige Vorkommen von Stomatitis und das seltene von Proctitis mercurialis dafür, daſs diese reduzierenden Bakterien häufiger im Mund als im Darm anzutreffen sein werden.

---

[1] *Monatshefte für prakt. Dermatologie.* 1893. Mundpflege und Kalichloricum.
[2] *Deutsche med. Wochenschrift.* 1894. Über Stomatitis und deren Behandlung.
[3] *Monatshefte für prakt. Dermatologie.* 1902. Über die Biologie und Prophylaxe der merkuriellen Stomatitis und Prostitis.
[4] Die Nebenwirkungen der Arzneimittel.
[5] *Deutsche med. Wochenschr.* 1888. No. 3.

Daſs sie aus dem Mund durch Verschlucken in den Dickdarm gelangen, wie BOCKHART annimmt, ist nicht recht wahrscheinlich, da die Bakterienflora des Dickdarms schon für sich reichhaltig genug ist, um gelegentlich reduzierende Bakterien zu enthalten, ganz abgesehen davon, daſs dann die Proctitis viel häufiger sein müſste und in meinem Falle weder eine Stomatitis noch irgend eine Störung der Magenfunktion vorhanden war.

Wenn die Annahme richtig ist, daſs die Proctitis mercurialis durch reduzierend wirkende Bakterien erzeugt wird, so muſs sie sich durch Beseitigung der letzteren vermeiden lassen. Es wäre nun zu versuchen gewesen, ob eventuell Chloroformwasser, Salicylsäure, Wismut, Guajacol etc. prophylaktisch gegeben, eine Abtötung der vorhandenen reduzierend wirkenden Bakterien herbeiführe. Von vornherein war jedoch zu befürchten, daſs eine genügend desinfizierende Wirkung wohl kaum zu erreichen sei. Dagegen war ein sicherer Erfolg zu erwarten, wenn es gelingen sollte, durch Begünstigung des Wachstums anderer Bakterien die reduzierenden zu verdrängen.

Da Patient Reisender war, lag der Gedanke nahe, daſs die fast reine Fleischkost in den Hotels das Wachstum reduzierend wirkender Bakterien fördere und daſs Kohlehydrate mit Zugabe von Fermenten — Zymin — Platz für eine ganz anders geartete Bakterienflora schaffen werde, wobei nach den Versuchen von LEDERMANN, KLOPSTOCK, LANDAU und ALBERT es nicht ganz unmöglich ist, daſs die reduzierend wirkenden Bakterien nicht nur durch Entziehung ihres Nährbodens geschwächt, sondern sogar direkt abgetötet werden.

Ob diese theoretischen Prämissen richtig sind, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten. Jedenfalls war der praktische Erfolg meiner aus theoretischen Erwägungen eingeschlagenen prophylaktischen Therapie im vorliegenden Falle ein sehr prompter und bei diesem Patienten sicher kein zufälliges Ereignis. Leider fürchtet Patient die Diarrhoeanfälle so stark, daſs er zu weiteren Versuchen über die Wirkung des Quecksilbers auf seinen Darm unter verschiedenen Ernährungsbedingungen sich nicht einläſst.

Es muſs deshalb die Erfahrung an einer gröſseren Anzahl von Patienten mit Neigung zu Proctitis mercurialis zeigen, ob reichliche Zufuhr von Kohlehydrate allein oder das Zymin als solches oder auch gewisse oben genannte Medikamente die Proctitis verhüten.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1903. Band 65, Heft 1.

I. **Über Folliculitis blennorrhoica,** von JESIONEK-München. Bei der Untersuchung geschlechtskranker Frauen findet man häufig auf der Haut der Genitocruralfalten, der Oberschenkel und der Nates follikuläre Knötchen. Es handelt sich bei diesen um einfache Follikulitiden, die durch mechanische Insulte, durch Reiben, Kratzen, durch Unreinlichkeit, den Reiz abfliefsender Sekrete, zuweilen auch durch unzweckmäfsige Waschungen mit antiseptischen Lösungen oder sonstige hydropathische Manipulationen hervorgerufen werden. Verfasser hat jedoch noch eine andere Ätiologie dieser Follikulitiden kennen gelernt. Er machte einmal die Wahrnehmung, dafs an der Haut der Nates eines geschlechtskranken Weibes aus einem kaum erbsengrofsen, einer Akneefflorescenz ähnlichen Knötchen auf Druck ein Tröpfchen Eiter zum Vorschein kam, genau so, wie man es bei präputialer und paraurethraler Folliculitis blennorrhoica des Mannes beobachten kann. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab in ihrem morphologischen, tinktoriellen und kulturellen Verhalten typische Gonokokken.

Unter 800 daraufhin untersuchten geschlechtskranken Weibern der letzten zwei Jahre konnte Verfasser diese blennorrhoische Follikulitis in vier Fällen nachweisen. Nur in einem Falle war er in der Lage, aufser dem klinischen Bilde auch die histologischen Verhältnisse eingehend zu studieren. Danach handelt es sich wesentlich um eine entzündliche, hydropische Degeneration der Oberhaut, der sogenannten „Epidermite“, wie man sie bei allen möglichen Krankheitsprozessen der Haut finden kann. Was im vorliegenden Falle jedoch dem krankhaften Vorgange das spezifische Gepräge verleiht und ihn vor ähnlichen Epidermidalerkrankungen entzündlicher Natur unterscheidet, ist das Vorhandensein der Gonokokken.

Zusammenfassend kann man den Prozefs ansehen als eine blennorrhoische Infektion einer umschriebenen, taschenförmigen Epidermiseinstülpung der Haut der Genitalgegend einer an Blennorrhoe leidenden Frauensperson.

II. **Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der Urticaria,** von LUDWIG TÖRÖK und PAUL HÁRI. Auf Grund ihrer Untersuchungen sind die Verfasser in der Lage, folgende Fragen beantworten zu können:

1. „Gibt es im normalen Organismus Substanzen, die durch lokale Einwirkungen auf die Haut ein urtikarielles Ödem hervorzubringen im stande sind?

2. Werden unter pathologischen Verhältnissen Substanzen (Ptomaine, Toxine, Antitoxine) gebildet, die durch lokale Einwirkung auf die Haut ein urtikarielles Ödem hervorzubringen im stande sind?

3. Gibt es Urticaria erzeugende Medikamente, deren urtikariogene Wirksamkeit auch durch ihre lokale Applikation auf die Haut nachzuweisen ist?

Die von den Verfassern geprüften Substanzen können in Bezug auf ihre Fähigkeit, Urticariaquaddeln zu erzeugen, in drei Gruppen eingeteilt werden:

1. Die erste Gruppe umfafst solche Substanzen, welche nach dem Einstich gar kein Ödem verursachten oder blofs ein minimales.

2. Die zweite Gruppe enthält jene Substanzen, die nur ein geringes, auch nicht immer konstant auftretendes Odem hervorriefen.

3. Der dritten Gruppe gehören jene Substanzen an, die eine derbe, pralle, auf relativ starke Exsudation hindeutende Quaddel hervorzurufen im stande waren. Nur diesen letzteren kann man mit Sicherheit „urtikariogene Eigenschaften“ zusprechen, „d. h. die Fähigkeit, die Blutgefäfse der Haut in der Weise und in dem Grade zu alterieren, dafs durch ihre Wand eine seröse Exsudation stattfindet“.

Zur dritten Gruppe gehören unter anderen Substanzen: Pepton, Pepsin, Trypsin, Propionsäure, Salzsäure, Harnstoff, Karbol, Antipyrin, Phenacetin, Morphium, Atropin, toxinhaltige Bouillon von Staphylococcus pyogenes aureus; es sind somit „gewisse Substanzen des normalen Organismus, Ptomaine, Toxine, Antitoxine und Medikamente, welche die Fähigkeit besitzen, nach ihrem Einbringen in das Corium eine Quaddel, d. h. ein flüchtiges, oberflächliches Reizödem hervorzubringen“.

III. **Über einen Fall von Hyper- und Parakeratosis acquisita corporis**, von Joh. Fabry-Dortmund. Die Affektion begann bei dem 28jährigen, bis dahin sehr gesund gewesenen, kräftig gebauten Patienten im Juli 1899 mit Flecken am linken Ellenbogen; später traten solche am Rücken, Thorax, nahe der Achselhöhle und an den unteren Extremitäten auf.

Zurzeit charakterisiert sich die Affektion durch Efflorescenzen, deren jede warzig und stark erhaben ist und aus zahllosen, gleichmäfsig hervorragenden, spitzen, fast nadelscharfen Exkrescenzen besteht. Die letzteren zeigen schon makroskopisch deutlich den Charakter verhornter Epidermis.

Abgesehen von geringem Jucken hat der Patient keine Beschwerden von seinem Leiden.

Die Behandlung bestand wesentlich in Applikation von Beiersdorfschem Salicylquecksilberpflastermull und zwischendurch, wenn die Haut empfindlich wurde, von Zinkpflaster und Zinksalben. Das Pflaster konnte wegen der schwieligen Verdickung der Haut mehrere Tage hintereinander gut vertragen werden und blieb auch, ohne gewechselt zu werden, so lange liegen. Die konsequent durchgeführte Behandlung mit dem Salicylquecksilberpflastermull brachte schliefslich alle Herde zum Schwinden. Nur eine geringe Pigmentation deutet auf die verschwundenen Exkrescenzen hin.

Die mikroskopische Untersuchung hat als wesentlichste und auffallendste und wahrscheinlich auch primäre pathologisch-anatomische Veränderung eine Epithelhypertrophie ergeben. Erst sekundär sind hypertrophische Veränderungen in der Cutis hinzugetreten, weshalb der Fall als Hyperkeratosis und Parakeratosis und nicht etwa als Dermatitis papillaris aufzufassen ist.

IV. **Über Dermatitis psoriasiformis nodularis (Pityriasis chronica lichenoides)**, von J. M. Himmel-Kasan. Der Verfasser beschreibt einen Fall dieser seltenen Affektion bei einer 26 Jahre alten Prostituierten, die 1899 eine Blennorrhoe acquirierte und in demselben Jahre, angeblich ohne dafs syphilitische Erscheinungen vorhanden waren, eine Schmierkur durchmachen mufste. Im Januar 1902 begann der gegenwärtige Ausschlag mit kleinerbsengrofsen, roten Flecken, die kein Jucken oder Brennen verursachten. Befallen sind Innenseite der Ober- und Beugeseite der Vorderarme, Brust, Abdomen, Regio pubica, Rücken, namentlich die Kreuzbeingegend, die Hüften, Kniekehlen, Aufsenseite der Waden und Fufsrücken, während Gesicht, Hals, Hände, Fufssohlen frei waren.

Der Ausschlag ist charakterisiert durch einzelnstehende, unregelmäfsig zerstreute, stecknadelkopf- bis linsengrofse, kreisrunde oder ovale, etwas resistente Knötchen, von denen die frischesten intensiv rot aussehen, rund sind und eine glatte, leicht gewölbte Oberfläche besitzen. Zumeist bedeckt jedes Knötchen eine weifsliche, lamellöse Schuppe. Im weiteren Verlaufe (dem zweiten Stadium der Affektion) blafst das Knötchen ab und wird flacher. Am Rande pflegt sich zuweilen die Schuppe los-

zulösen. Im dritten Stadium verschwindet jede Verdickung und Rötung; die Efflorescenzen sind nicht mehr erhaben, sondern liegen im Niveau der Haut oder sind sogar im Zentrum etwas eingesunken. Die Schuppe haftet nur noch in der Mitte an der Unterlage fest. Die abgeheilten Stellen sind frei von Pigment und Atrophie.

Die bakteriologische Untersuchung der Schuppen ergab einige uncharakteristische Staphylokokkenherde.

Die histologischen Befunde decken sich im wesentlichen mit denen anderer Autoren, namentlich Pinkus. Infiltration, Parakeratose, Ödem des Papillarkörpers charakterisieren das histologische Bild.

Der Verfasser bespricht eingehend unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur die Differentialdiagnose und Nomenklatur des Falles.

V. **Zur Naevusfrage,** von E. Riecke-Leipzig. Seine an der Hand der einschlägigen Literatur angestellten Betrachtungen resumiert der Verfasser in folgenden Schlufssätzen:

1. „Die Naevuszellen stehen mit den Bindegewebszellen der embryonalen Cutis in genetischem Zusammenhang.

2. Diese embryonalen Zellen bleiben auf einer niederen Entwicklungsstufe stehen, in welcher sie weit weniger Bindegewebe und elastisches Gewebe als die normalen zu produzieren vermögen; sie können aber noch im späteren Alter des Naevusträgers zu rudimentärer Bindegewebsbildung Veranlassung geben.

3. Die frühzeitige Entwicklungshemmung bedingt auch die Gestalt der Naevuszellen, welche den embryonalen Cutiszellen anfangs sehr ähnlich ist. Die weiteren Formveränderungen der Naevuszellen sind zum Teil Alterserscheinungen, zum Teil durch die sekundäre Pigmentierung bedingt.

4. Die Zellen scheinen als solche vermehrungsfähig; ihre Abkömmlinge sind aber gleichfalls in ihrer Funktion unvollkommene Bindegewebszellen.

5. Die Anordnung der Naevuszellen entspricht den Zwischenräumen des Bindegewebes, welches zuweilen im Bereich des Naevus in der Faserrichtung von dem normalen Cutisgeflecht abweicht und überhaupt nur mangelhaft zur Ausbildung gekommen ist.

6a. Die in der Papillarschicht sich entwickelnden und in dieselbe vordringenden Naevuszellmassen bewirken eine Verdünnung der Epidermis durch Spannung.

6b. Bilder, welche als Abtropferscheinungen vom Epithel gedeutet werden könnten, entstehen durch Andrängen der Naevusmassen gegen die Epidermis. Dieser Druck kann so erheblich werden, dafs in Ausnahmefällen die sonst regelmäfsig aufzufindende Bindegewebsschichte mit elastischen Fasern zum Schwunde kommt.

7. Das Pigment spielt bei der Entwicklung des Naevus nur eine nebensächliche Rolle.“ *C. Berliner-Aachen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1903. Heft 6.

1. **Über die Behandlung der Harnröhrenstrikturen mittels linearer Elektrolyse.** von F. André-Nancy. Nach den persönlichen Erfahrungen des Verfassers, die sich auf 23, am Schlusse der Arbeit einzeln aufgeführte Fälle beziehen, ergibt die lineäre Elektrolyse in all den Fällen von Harnröhrenstrikturen, in denen die Verengerungen nicht sehr zahlreich, nicht sehr hart und nicht sehr eng sind, einen sehr guten unmittelbaren Erfolg. Im einzelnen decken sich die Ausführungen des Verfassers vollständig mit den Ausführungen Morans in No. 1 des laufenden Jahrgangs der *Ann. génito-urin.*

2. **Behandlung der chronischen Urethritiden**, von B. MOTZ. B. zeigt an der Hand von Abbildungen, wie verschieden die anatomischen und histologischen Befunde bei den chronischen Harnröhrenentzündungen sind, und weist darauf hin, daſs Miſserfolge bei der Behandlung der Urethritiden nur dann vermieden werden können, wenn der Behandlungsmodus in jedem einzelnen Falle den vorliegenden histologischen Veränderungen genau angepaſst wird.

Bei der „oberflächlichen, chronischen Entzündung der Pars anterior urethrae ohne Gonokokken" wandelt sich das normale, einschichtige Cylinderepithel stellenweise in geschichtetes Cylinderepithel, dann in ein aus zahlreichen Lagen von Cylinder- und Plattenepithel bestehendes, geschichtetes Epithel und schlieſslich in verborntes Epithel mit epidermoidalem Charakter um. Die meisten chronischen Infiltrate der Mucosa und Submucosa des vorderen Harnröhrenteils sind bedeckt von einer dicken Schicht verhornter Zellen, die für chemische Stoffe sehr schwer durchgängig sind. Während nun in Fällen, in denen der Verhornungsprozeſs noch nicht eingetreten ist, die gewöhnlichen Injektionen, Instillationen und Spülungen leicht zum Ziele führen, erfordern die Fälle, in denen das Epithel bereits verhornt ist, eine langdauernde Applikation medikamentöser Stoffe. Diese wird in folgender Weise vorgenommen: Man injiziert in die Pars anterior urethrae 4—5 ccm einer antiseptischen Lösung, komprimiert die Harnröhre in der Höhe der Fossa navicularis mit zwei Fingern der linken Hand, umwickelt die Glans mit einer dicken Schicht Watte und befestigt dieselbe durch straffe Umschnürung mittels eines Fadens. Dieser Verband bleibt ein bis drei Stunden liegen. Zur Injektion kann jedes Antiseptikum verwendet werden, das sich nicht wie das Argentum nitricum unmittelbar nach der Einspritzung zersetzt. Die besten Erfolge hat der Verfasser mit Hermophenyl und Hydrargyrum oxycyanatum erzielt; er verwendet, je nach der Empfindlichkeit der Harnröhre, folgende drei Lösungen:

	Schwache Lösung:	Mittlere Lösung:	Starke Lösung:
Hermophenyl	0,5	0,75	1,0
Protargol	0,5	0,75	1,0
Glycerin	30,0	30,0	30,0
Cocain. mur.	1,0	1,0	1,0
Aq. dest.	1000,0	1000,0	1000,0.

An Stelle des Hermophenyl kann Hydrargyrum oxycyanatum in Dosen von 0,2, bezw. 0,3 und 0,4 verwendet werden. Die Applikationen, denen stets eine Spülung beider Harnröhrenabschnitte mit $^1/_2$ ‰iger Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum vorausgehen muſs, werden täglich vorgenommen; man beginnt stets mit der schwachen Lösung und läſst dieselbe zuerst nur eine Stunde in der Urethra, steigt allmählich mit der Dauer der Applikation bis auf drei Stunden und geht erst, wenn dies gut vertragen wird, zur mittleren und dann zur starken Lösung über; auch diese bleiben zuerst eine, dann zwei, und wenn sie nicht zu stark reizen, schlieſslich drei Stunden in der Harnröhre. Auch nach dem völligen Verschwinden aller Erscheinungen sollen die „intraurethralen Dauerinjektionen" noch einige Zeit hindurch jeden zweiten oder dritten Tag vorgenommen werden. Die „oberflächliche, chronische Entzündung der ganzen Urethra ohne Gonokokken" erfordert auſser diesen Dauerinjektionen noch Instillationen von 1—2 %iger Höllensteinlösung in die Pars posterior.

Bei der „tiefgreifenden, chronischen Entzündung der Pars anterior urethrae ohne Gonokokken" finden sich auſser den oben erwähnten verschiedenen Stadien der Epithelveränderung entzündliche Erscheinungen im kavernösen Gewebe, Periurethritis und Kavernitis. Die Infiltrationen des kavernösen Gewebes sitzen zumeist rings um die urethralen Drüsen und verursachen Entzündungen derselben. Die subepithelialen Infiltrate können durch Kompression der Drüsenausführungsgänge Retention und

Stagnation der pathologischen Sekrete in den Drüsen bewirken. Diese Fälle erfordern in erster Linie eine mechanische Behandlung in Form methodischer Dilatation und Massage der Entzündungsherde. Die Dilatation wird in den seltenen Fällen, in denen nur circumskripte Infiltrate vorliegen, mittels OBERLÄNDER-KOLLMANNscher Dilatatoren, in den weitaus häufigeren Fällen, in denen es sich um diffuse Infiltrationen handelt, mittels BÉNIQUÉscher Bougies vorgenommen. Die Bougies bleiben jedesmal zehn Minuten lang liegen, während dieser Zeit werden die einzelnen Infiltrate massiert und der Drüseninhalt exprimiert. Nach diesen mechanischen Prozeduren, die alle zwei oder drei Tage vorgenommen werden, erfolgt eine Dauerinjektion in der oben geschilderten Weise. Bei „tiefgreifender, chronischer Entzündung der ganzen Urethra ohne Gonokokken“ kommen zu diesen Eingriffen noch Instillationen von Höllensteinlösungen in die Pars posterior, Massage der Regio prostatica und Einführung von Suppositorien mit 0,1—0,5 Unguentum cinereum.

Die Behandlung einer „chronischen Urethritis anterior mit Gonokokken“ wird stets eingeleitet durch eine gröfsere Reihe von Spülungen mit Kaliumpermanganatlösung (1 : 2000); diese können jedoch nur dann zum Ziele führen, wenn weder Verhornung des Epithels noch eine Erkrankung der urethralen Drüsen besteht. Ist das Epithel bereits verhornt, so dilatiert man jeden zweiten oder dritten Tag, nachdem die Blase vorher mit $^1/_2$ ‰iger Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum gefüllt worden ist, mittels BÉNIQUÉscher Bougies und massiert über dem eingeführten Bougie; an den anderen Tagen werden Spülungen mit Kaliumpermanganatlösung gemacht. Bei Erkrankung der urethralen Drüsen wird täglich Dauerinjektion mit 5%iger Wasserstoffsuperoxydlösung vorgenommen; an die Injektionen schliefst man, wenn die Resultate nicht befriedigen, die Dilatation der Harnröhre und die mechanische Entleerung der Drüsen durch Massage an. Bei „chronischer Entzündung der ganzen Harnröhre durch Gonokokken“ wird aufserdem noch die Prostata massiert und Unguentum cinereum in Form von Suppositorien appliziert.

Am Schlusse seiner Arbeit bespricht M. die Diagnose der verschiedenen Varietäten von Urethritis. Jeder eitrige Ausflufs, gleichviel wie stark er ist, beweist nach seinen Erfahrungen das Vorhandensein oberflächlicher Infiltrate, während das Vorkommen von Fäden im Urin stets ein Zeichen für bestehende Entzündung der urethralen Drüsen ist. Verhornung des Epithels kann durch die histologische Untersuchung nachgewiesen werden. Die bakteriologische Untersuchung zeigt, ob der Eiter Gonokokken oder andere Mikrobien enthält, oder ob er aseptisch ist. Aseptische Eiterung ist immer von ungünstiger prognostischer Bedeutung; denn sie kommt nur vor, wenn der Eiter in den Drüsen oder unter dem verhornten Epithel solange stagniert, bis die Mikrobien, die die Eiterung verursacht haben, zerstört sind. Die diagnostischen Anhaltspunkte, welche die Zwei- und Dreigläserprobe, die Untersuchung mittels Sonden, die mikroskopische Untersuchung des Sekrets vor und nach der Massage etc. ergeben, sind allgemein bekannt.

3. **Über die Gestaltveränderungen der Urethra bei der Prostatahypertrophie; ein neuer Katheter für Prostatiker,** von J. M. BARTRINA-Barcelona. Die Schwierigkeit der Katheterisierung bei Prostatikern hat ihren Grund nur zum Teil in der durch Vergröfserung des mittleren Prostatalappens hervorgerufenen Knickung der Harnröhre, zum anderen Teil aber in der nie fehlenden Abplattung der Urethra, welche durch die in allen Fällen von Prostatahypertrophie bestehende Vergröfserung der seitlichen Lappen bewirkt ist. Der Verfasser hat nun durch PORGÈS einen neuen, elastischen Katheter anfertigen lassen, welcher der Form der Urethra bei Prostatahypertrophie angepafst, also abgeplattet ist; sein Höhendurchmesser ist fast doppelt so grofs wie sein Breitendurchmesser, dabei ist der Schnabel lang, die Krümmung

ziemlich stark. Das äufsere Ende ist, wie bei den anderen Kathetern, rund, damit, wenn Blasenspülungen notwendig sind, Spritzen etc. eingefügt werden können. Bei Prostatikern, bei denen die Einführung eines gewöhnlichen Katheters No. 14—16 nach CHARRIÈRE sehr schwer oder selbst unmöglich ist, gelingt die Einführung eines abgeplatteten Katheters von 23—25 Charrière sehr leicht; seine Anwendung ist bei allen Prostatikern indiziert, namentlich auch, wenn die Kranken sich selbst katheterisieren müssen.

4. **Bemerkung über die Exstirpation der vereiterten venerischen Bubonen,** von ALF. POUSSON-Bordeaux. Auf Grund zahlreicher eigener Erfahrungen empfiehlt P., vereiterte venerische Bubonen samt dem sie umgebenden entzündeten und infiltrierten Gewebe in toto zu exstirpieren und die Wundränder zu vernähen. Wenn alles erkrankte Gewebe entfernt worden ist, erfolgt fast in allen Fällen im Verlaufe von 15—20 Tagen Heilung per primam. Aber auch in den seltenen Fällen, in denen eine Primärheilung nicht eintritt, ist der Verlauf ein ungleich rascherer als bei den bisher gebräuchlichen Verfahren.

1903. Heft 7.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates: Tuberkulose der Pars posterior urethrae, der Prostata und der Samenbläschen, von NOËL HALLÉ und BOLESLAS MOTZ. Der Artikel wird fortgesetzt.

Götz-München.

Bücherbesprechungen.

Die Syphilis in der Schwangerschaft, von BERNHARD ROSINSKI-Königsberg. (Stuttgart, Ferdinand Enke, 1903.) Der Verfasser hat es sich zur Aufgabe gemacht, im Rahmen einer das ganze Gebiet der fötalen Lues umfassenden monographischen Darstellung hauptsächlich die uterine Übertragung in all ihren vielfach noch strittigen Einzelheiten klarzulegen, sowie die spezifischen Placentarveränderungen auf ihre wahre Bedeutung zu prüfen. R. ist Dozent für Gynäkologie: und dem Geburtshelfer fällt, wie in der Einleitung betont wird, bei der Lösung dieser Fragen eine wesentliche Rolle zu, da meist er allein Gelegenheit hat, die unmittelbare Wirkung der Syphilis auf die Vorgänge der Schwangerschaft kennen zu lernen.

Mehr als die Hälfte des ganzen Buches handelt von der Theorie der uterinen Übertragung. R. nimmt selbstverständlich zu allen einschlägigen Fragen Stellung; einige der wichtigsten Punkte sollen hier angeführt werden. Die Frage bezüglich der Permeabilität der Placenta beantwortet R. dahin, dafs die Placenta für gewöhnlich eine undurchdringliche Scheidewand für die Mikrobien der Syphilis bildet und zwar sowohl in der Richtung von dem erkrankten Kind zur Mutter wie auch umgekehrt. Nur ausnahmsweise wird diese Scheidewand durchbrochen, und so erklären sich die zwar seltenen, aber unanfechtbaren Fälle von postkonzeptioneller Infektion des Fötus und die allerdings noch nicht einwandfrei erwiesenen, jedenfalls aber noch seltneren Fälle von Choc en retour. Warum die Placenta entgegen der Regel dem Virus ab und zu einmal den Durchtritt gestattet, wissen wir nicht. Auch der Umstand, dafs die Placenta häufiger krank ist, bietet dafür keine Erklärung. Die placentaren Veränderungen sind im allgemeinen einseitige, es erkrankt entweder der fötale oder der mütterliche Teil, und diese einseitige Erkrankung scheint nicht hinzureichen, um dem

Virus den Durchgang durch die Placenta zu ermöglichen; denn korrespondierend mit dem placentaren Befunde bleibt der Organismus, der zu dem gesunden Teil der Placenta gehört, in der Regel von der Krankheit verschont. — Die namentlich von Fournier vertretene Anschauung, daſs die von seiten der Mutter infizierten Kinder viel mehr gefährdet sind als die ex patre infizierten (60% Mortalität gegen 28%), hält R. in dieser Allgemeinheit für unrichtig. Wenn die Schwangerschaftsresultate bei rein väterlicher Übertragung anscheinend viel bessere sind als bei Übertragung von seiten der Mutter, so liegt das hauptsächlich daran, das im Moment der Zeugung die Syphilis der Männer fast stets durch Zeit und vorausgegangene Behandlung wesentlich gemildert, die Syphilis der Frauen dagegen gewöhnlich noch ganz frisch oder doch unbehandelt ist. Ebenso erklärt sich auch die von Finger hervorgehobene relative Schwere der postkonzeptionellen fötalen Syphilis (46% Mortalität nach Finger). Bei derselben handelt es sich eben ausnahmslos um die Einwirkung hochvirulenter Infektionskeime, da die Mütter ja erst während der Gravidität infiziert worden sind. — In der viel umstrittenen Frage bezüglich der Kontagiosität des Spermas kommt R. zu folgenden Schlüssen: Das Sperma eines in der kontagiösen Periode stehenden Syphilitikers ist befähigt, durch Kontakt zu infizieren, die Krankheit auf eine Wunde zu übertragen, und zwar vielleicht in demselben Maſse, wie dieses durch die spezifischen Produkte der Primär- und Sekundärperiode geschieht. In der nicht infektiösen Epoche der Diathese ist das Sperma nicht kontagiös im weiteren Sinne; die damit in Berührung gebrachten Wunden bleiben steril. Das dem Samen anhaftende Virus ist nämlich in der nicht kontagiösen Periode im Zustande der Inaktivität; wird jedoch dieses inaktive Virus mit dem Sperma im Ovulum deponiert, so wird es durch den mächtigen formativen Reiz, der in dem wachsenden Ei entsteht, reaktiviert und zur Entfaltung seiner spezifischen Wirkung wieder befähigt. Erkennt man die Kontagiosität des Spermas auch nur in dieser bedingten Form an, so wird der Lehre von der Rückinfektion der Mutter durch ihre kranke Frucht immer mehr Boden entzogen; denn für viele, bis dahin als Choc en retour gedeutete Fälle kommt dann die Möglichkeit in Betracht, daſs das Sperma Ei und Mutter zu gleicher oder ungefähr gleicher Zeit infiziert hat. Die Immunität der Mutter ex patre syphilitischer Kinder hält R. wie Finger für eine Wirkung der vom luetischen Fötus in den mütterlichen Organismus übergegangenen Stoffwechselprodukte der Syphilismikrobien. Zur Erklärung des eigenartigen und von dem gewöhnlichen Bilde der Kontaktsyphilis abweichenden Verlaufs der kongenitalen Syphilis acceptiert R. die bekannte Theorie Hochsingers und dehnt dieselbe auch auf die bei fötaler Lues häufig vorkommende Erkrankung des fötalen Teiles der Placenta aus. Der Krankheitsprozeſs erweist sich auch hier als diffuse Entzündung, die ihren Ursprung an den kleinsten Gefäſsen nimmt und von dort weiter auf das Zottenstroma und den epithelialen Überzug fortschreitet. Die knotigen Verdickungen, die in der syphilitischen Placenta oft beobachtet werden, sind accidentelle Bildungen, Verklebungen erkrankter Zotten, Thrombosen etc.; sie haben keine Beziehung zu den gummatösen Bildungen der Tertiärperiode. Daher sollte auch die immer wiederkehrende Bezeichnung Placentargummata für derartige Bildungen strikte vermieden werden. Die Theorie Hochsingers erklärt auch die merkwürdige Tatsache, warum in den Eihäuten wie in der Nabelschnur höchst selten luetische Veränderungen zu finden sind; es fehlt eben in diesen Gebilden ein Kapillarnetz und die feineren Gefäſsramifikationen, an welche der syphilitische Infektionsprozeſs gebunden ist. Bei der Entstehung der ausführlich besprochenen parasyphilitischen Erscheinungen spielen nach R.s Anschauung die Vorgänge der lokalen Proliferation des Virus eine wichtigere Rolle als die Degeneration der Zeugungszellen und die Intoxikation durch Stoffwechselprodukte des Virus.

Von dem klinischen und pathologisch-anatomischen Symptomenbild der kongenitalen Lues werden nur diejenigen Erscheinungen und Befunde besprochen, die im Anschlufs an die Geburt oder in der ersten Zeit nach derselben zu konstatieren sind, und auch diese nur in ihren Hauptformen und in gedrängter Kürze. — Bei der ausführlichen Beschreibung der Erkrankungen der Placenta weist R. in erster Linie darauf hin, dafs an der Scheidung zwischen Erkrankung des fötalen und des mütterlichen Teiles, wie sie von VIRCHOW zuerst gefordert und von FRÄNKEL wieder aufgenommen, von den anderen Autoren aber niemals klar durchgeführt worden ist, durchaus und strenge aufrecht erhalten werden mufs. Von gröfster Wichtigkeit ist es auch, dafs nicht nur die Placenten in den Fällen untersucht werden, in denen neben einer luetischen Frucht eine Erkrankung der Zotten vorliegt, sondern auch die Placenten aller syphilitischen Mütter, die ein gesundes Kind zur Welt gebracht haben; denn in diesen Fällen haben wir spezifische Veränderungen in der Decidua zu erwarten. — Die syphilitischen Veränderungen am Fötalteil der Placenta sind absolut charakteristisch und als luetische von nicht spezifischen mit Sicherheit zu unterscheiden. Als eine bisher an syphilitischen Placenten noch nicht beobachtete Veränderung beschreibt R. einen bei Zottensyphilis mehrfach beobachteten Einbruch des Syncytiums in das Zottenstroma. Man findet nämlich ganz unvermittelt in dem Zottenbindegewebe Komplexe von epitheloiden Kernen, die unregelmäfsig angeordnet und dicht gedrängt meist in geringer Anzahl, aber auch bis zu 30 in einem Häufchen beisammen liegen. Gröfse, Gestalt und Färbung der Kerne lassen keinen Zweifel, dafs diese Gebilde mit dem Syncytium identisch sind. Die Syncytialkerne werden von aufsen von einem Kranze weniger dicht stehender, manchmal sehr regelmäfsig angeordneter Kerne umschlossen, die sich von den ersteren sehr auffällig durch ihre Gröfse und Tinktion unterscheiden und auch von den gewucherten Stromazellen unschwer zu differenzieren sind. Das Protoplasma, in dem diese Kerne eingebettet sind, ist scharf abgegrenzt gegen das Stroma wie auch gegen die zentral gelegenen syncytialen Zellmassen. Diese das Syncytium begleitenden Zellen sind wohl als die Elemente der LANGHANSschen Schicht aufzufassen, welche, soweit sie sich an diesem Epitheleinbruch in das Stroma beteiligt, ebenfalls in pathologischer Wucherung begriffen zu sein scheint. Man findet die Epithelinseln sehr unregelmäfsig verteilt und zwar ausnahmslos in etwas umfangreicheren Zottendurchschnitten, niemals in den Endästen. Meist treten sie vereinzelt, aber auch bis zu sechs und sieben Exemplaren in einer Zotte auf. R. fafst das Ganze als ein aktives Eindringen des Epithels in das Bindegewebe auf. Ähnliche Befunde sind von J. NEUMANN und CHALETZKY an Hydatidenmolen und von LANGHANS in einem auf Lues sehr verdächtigen Fall von Abortplacenta. Durch weitere Untersuchungen wird festzustellen sein, wie oft die geschilderten epithelialen Zellnester bei syphilitisch erkrankten Placentarzotten gefunden werden, und ob sie, aufser bei der Hydatidenmole, sonst nicht vorkommen. — Im Gegensatz zur Zottensyphilis haben die durch Lues hervorgerufenen Veränderungen der Serotina nichts Charakteristisches an sich; sie kommen auch bei anderen Erkrankungen der Placenta und zum Teil selbst bei ganz gesunden Placenten vor; die Diagnose der syphilitischen Erkrankung der Serotina, ist daher, solange sie sich nur auf die bisher bekannten Kriterien stützt, stets als eine unsichere zu betrachten. Die auf Beobachtungen mehrerer Autoren, besonders SCHWABS sich stützende Behauptung FINGERS, dafs auch bei syphilisfreien Müttern ex patre syphilitische Kinder die Decidua und bei nicht luetischen Früchten syphilitischer Mütter der Fötalteil der Placenta spezifisch erkrankt gefunden wird, läfst R. als richtig nicht gelten: er bleibt dabei, dafs nur der Anteil der Placenta syphilitische Veränderungen zeigt, dessen zugehöriger Organismus erkrankt ist.

Zum Schlusse bespricht R. noch Prognose, Prophylaxe und Therapie in eingehender Weise. Im Gegensatz zu FINGER befürwortet er, daſs ohne Rücksicht auf die beobachteten Ausnahmen vom COLLESschen Gesetz jede Mutter zum Stillen ihres luetischen Kindes veranlaſst wird; andererseits soll auch jedes nicht infizierte Kind von der syphilitischen Mutter selbst genährt werden. Unter allen Umständen ist das Stillen eines von syphilitischen Eltern abstammenden, wenn auch anscheinend gesunden Kindes durch eine angenommene Amme zu verbieten. Die kongenitale Lues selbst behandelt R. gleich der Kontaktsyphilis mittels der chronisch-intermittierenden Methode. — Schlieſslich sei noch erwähnt, daſs R. empfiehlt, die Bezeichnung „hereditäre" Syphilis und „Vererbung" der Syphilis ganz fallen zu lassen und nur mehr den Ausdruck „angeborene", „kongenitale" Syphilis zu gebrauchen; denn es handelt sich, worauf übrigens auch schon FINGER hingewiesen hat, bei der uterinen Übertragung der Syphilis nicht um eine Vererbung, sondern um eine Infektion des Eies.

ROSINSKYS Buch verdient volle Anerkennung. Groſse praktische Erfahrung, von der zahlreiche eigene Beobachtungen Zeugnis geben, eingehende anatomische Studien, deren Ergebnisse in sehr gut ausgeführten, zum Teil farbigen Abbildungen veranschaulicht werden, und gründliche Kenntnis der zahlreichen zu dem Thema erschienenen Arbeiten, aus denen allerorts die wichtigsten Punkte und namentlich auch die R.s Anschauungen widerstreitenden Ansichten der Autoren angeführt und kritisch gewürdigt werden, haben es R. ermöglicht, ein Werk zu schaffen, das die einschlägigen Fragen mit groſser Klarheit beleuchtet und zu ihrer endgültigen Entscheidung sicherlich viel beitragen wird. Mag auch die eine oder andere Behauptung des Verfassers auf Widerspruch stoſsen — das ist bei diesem an ungelösten Problemen so reichen Thema gar nicht anders denkbar —, dadurch wird dem Buche von seinem Werte nichts genommen. So sei denn das Werk allen Ärzten, da ja mit diesem Gegenstand alle Ärzte sich beschäftigen müssen, aufs angelegentlichste empfohlen.

Götz-München.

Die intramuskulären Quecksilbereinspritzungen bei Syphilis, von ALFRED LÉVY-BING-Paris. (Paris, C. Naud, 1903.) Die Injektionsmethoden in der Therapie der Syphilis haben seit einigen Jahren immer mehr an Boden gewonnen, und wenn sie auch von mancher Seite ebenso energisch bekämpft werden, wie man sie von der anderen in den Himmel gehoben hat, so darf man doch wohl mit Recht sagen, daſs die jüngere Generation von Dermatologen ihnen prinzipiell günstig gegenüber steht. Leider fehlte bisher ein Urteil, welches die verschiedenen Einspritzungsmittel und -Methoden im groſsen Umfange selber geprüft und sie dann kritisch verglichen hätte. Diesem Bedürfnis ist der Verfasser dieses Buches entgegengekommen. Bisher war man auf die einzelnen Autoren angewiesen, welche sich immer nur auf ein bestimmtes lösliches oder unlösliches Quecksilbersalz zu beschränken pflegten und dasselbe als das beste Mittel zur Beseitigung der Lues bezeichneten. In allen Fällen, die dem Werke zu Grunde gelegt sind, ist neben der Injektionsbehandlung keinerlei Therapie erfolgt. Jod wurde gar nicht gegeben. Auch die lokalen Applikationen wurden beschränkt oder weggelassen, soweit sie nicht durch die Gebote der Reinlichkeit geboten waren. Die Urteile über die einzelnen Präparate sind mit der strengsten Objektivität abgefaſst. Die Befunde wurden vom Verfasser selber kontrolliert. Die Kranken befanden sich teils auf den Abteilungen BARTHÉLEMYS, teils auf denen JULLIENS, LE BLONDS und VERCHÈRES. Die am typischsten verlaufenen und die interessanten sind durch ihre Krankengeschichten in extenso vorgeführt. Die Fälle betreffen meist junge Frauen des Lazarus-Spitals in Paris. Alle sind den gleichen Verhältnissen der Kost, des Lebens, der langen Beobachtungsmöglichkeit u. s. w. unterworfen. Die Arbeit umfaſst über 6000 Einspritzungen bei 500 Kranken. Kein einziger ernster Zufall

wurde dabei beobachtet. Ihre Unschädlichkeit, Schnelligkeit der Wirkung und therapeutische Intensität macht die Injektionsmethode der Inunktion und der Pillenkur überlegen. Daſs der Verfasser zwei Jahre lang seine 500 Syphilitischen nur mit Einspritzungen und erfolgreich behandelt hat, beweist, daſs man diese Methode gegenüber jeder Lues in jedem Stadium mit Erfolg anwenden kann. Auch die Theorie der chronisch-intermittierenden Kur kann mit den Injektionsmethoden beibehalten werden. Die Einspritzungen beschränken sich vor allem keineswegs nur auf Fälle von sogenannter schwerer, maligner Syphilis. Nein, jede Lues reagiert auf sie. Wer vermag überhaupt beim Beginn einer Syphilis zu sagen, ob sie sich zu einer gutartigen oder bösartigen ausbilden wird? Die Zeit des Beginns, die akute Infektion bedarf jedenfalls einer energischen Therapie. Je mehr man von Beginn an den Organismus mit Merkur sättigt, um so gelinder wird die Krankheit in Erscheinung treten. Im Geiste sieht der Verfasser die Inunktion und die Pillenkur schon als ausnahmsweise angewendete Methoden einer rationellen Syphilisbehandlung. Fälle von Kontraindikationen sind selten. Meist handelt es sich nur um die Frage, ob lösliches oder unlösliches Salz. Personen, welche sich aus äuſseren Gründen (Reisen) längere Zeit dem Arzte nicht vorstellen können, wird man natürlich Pillen verschreiben, und Kranken, die den Nadelstich unter allen Umständen verabscheuen, wird man mit Einreibungen zu Leibe rücken müssen. Auſserdem sind die Injektionen bei kachektischen, tuberkulösen Personen, ferner bei Leuten mit Nierenleiden oder ausgebreiteter Zahnkaries zu vermeiden. Aber im gewissen Sinne wird man in solchen Fällen ja mit jeder spezifischen Therapie vorsichtig zu Werke gehen müssen. Besondere Indikation zur Injektionsbehandlung liegt vor, wenn schnelle Wirkungen erzielt werden sollen, also bei Neuritis, Myelitis, Tabes, Paralyse und bei zweifelhaften spezifischen Prozessen. Im Beginn der sekundären Periode, welche die akute Durchseuchung des Körpers mit dem Gifte darstellt, ist die Injektionstherapie besonders angezeigt. Ferner bei schwachen anämischen Frauen, bei Schwangeren, deren Intestinaltraktus Schonung erheischt; bei Dyspeptischen, in den Tropen, bei abnormer Beschaffenheit der Haut. Zum Schluſs sei noch das Urteil des Verfassers über die Wirkung der hauptsächlichsten Merkursalze wiedergegeben: Das asparaginsaure Quecksilber in der Dosis von 0,01—0,04 pro die wird ausgezeichnet vertragen. Seine Injektion verursacht keinerlei Schmerzen noch örtliche Reaktion, keine Knotenbildung, keine Stomatitis, noch Diarrhoe, auch nicht wenn es 30—40 Tage lang hintereinander eingespritzt wird. Leider ist sein therapeutischer Wert gleich Null. Das von Stoukowenkoff eingeführte Merkurbenzoat muſs ohne Kokain eingespritzt werden, alle Tage 0,02 g. Es verursacht keinerlei Erscheinungen auſser häufiger Knotenbildung. Auch verursacht seine Injektion ungefähr zwei Stunden anhaltende Schmerzen, die oft ausgesprochener und länger dauernd sind. Sein therapeutischer Wert ist bei der Dose von 0,02 g ein genügender, doch muſs diese Dose bis 0,04 gesteigert werden, wenn schnelle Wirkung erzielt werden soll. Sublimat: 0,02 pro ccm täglich eine Injektion, 20 Tage hintereinander. Schmerz 1—3 Stunden anhaltend. Leichte Nodositäten und Stomatitis, vor allem fast stets Diarrhoen im Gefolge. Statt der täglichen Injektionen kann man auch 1—2 mal in der Woche Einspritzungen von 0,05 zu 1 ccm geben. Diese massiven Dosen werden noch vertragen, schlieſsen jedoch Intoxikationen nicht aus. Das Oxycyanquecksilber, 20 Tage lang alle Tage 0,02 zu injizieren, hat zwei Stunden lang heftige Schmerzen im Gefolge, auch Diarrhoen und Mundschleimhautentzündung. Es ist therapeutisch gleichwertig, aber nicht so giftig als das Cyanquecksilber. Letzteres zu 0,01—0,02 pro ccm wird in Serien von 20 Injektionen verabreicht. Bei 0,01 ist seine Wirkung sehr gering. Die Schmerzhaftigkeit ist hervorragend groſs. Heftige Koliken und Diarrhoen sowie brüsk auftretende Stomatitiden pflegen bei diesem Salz aufzutreten.

Zu fürchten sind schon bei 0,01 zuweilen heftige Intoxikationserscheinungen. Von den unlöslichen Salzen sind wohl die bekanntesten das Kalomel, das graue Öl und das Quecksilber-Salicylat. Letzteres, alle acht Tage in der Dosis von 0,01—0,13 injiziert, ruft keinerlei Reizerscheinungen hervor. Schmerz gering. Wird es pro Woche zweimal in der Höhe von 0,06 eingespritzt, so erfordert eine Kur 12—20 Injektionen. Die Wirkung ist eine langsame; wenig energische, drohende Prozesse vermag das Mittel nicht abzuwenden. Ganz anders das Kalomel, das 5—6 Wochen lang alle acht Tage zu 0,05 bis 0,1 injiziert wird. Letztere Dose entspricht 0,0084 Merkur. Leider schmerzt die Einspritzung sehr und führt auch zu örtlichen Reizungen, wie Abscessen und Verhärtungen. Das Oleum cinereum, von Lang zuerst empfohlen, ist ein ausgezeichnetes Mittel. Es wird in 40%iger Lösung injiziert. Es wird in Serien von 6—7 Injektionen und mit dazwischen liegenden Pausen von zwei Monaten gegeben. Im ersten Jahr behandelt man acht Monate, im zweiten sechs, im dritten vier, ebensoviel im vierten. Ohne Nebenerscheinungen oder Schmerzen hervorzurufen, wirkt das graue Öl evident auf sekundäre wie tertiäre Erscheinungen ein. Es bildet das Mittel par excellence für die hypodermatische Therapie der Syphilis. *Hopf-Dresden.*

Die Vererbung im gesunden und krankhaften Zustande und die Entstehung des Geschlechts beim Menschen, von J. Orschansky-Charkow. (Stuttgart, Ferdinand Enke, 1903.) Das mit einer Vorrede Lombrosos beginnende Buch gibt in seinem ersten Teil die verschiedenen Theorien der Lehre von der Vererbung wieder, um im zweiten Teil eigene Beobachtungen des Verfassers über die Entstehung der Geschlechter, die Ähnlichkeit, den Körperbau der Neugeborenen und deren Mütter, die Grenzen der Erblichkeit, die Erblichkeit in kranken Familien, die Elemente der Vererbung, die Befruchtungstypen und die individuelle Involution zu bringen. Die Erblichkeitsfrage nimmt gegenwärtig etwa folgenden Stand ein: Der elterliche Einfluſs auf die Kinder prägt sich erstens in der Vererbung des Typus und in der Übertragung des Geschlechtes aus. Erstere, die Ähnlichkeit, zeigt sich als eine manifeste oder eine latente. Sie vermag vom Vater zum Sohn, gekreuzt, indirekt, rückwärts, als Atavismus u. s. w. vorzukommen. Bestimmte Gesetze gibt es dabei nicht. Was das vererbte Geschlecht der Nachkommen betrifft, so sind vier verschiedene Faktoren von Einfluſs, wie Alter der Erzeuger, Grad der Reife des Eies, die Ernährung während der Keimentwicklung, sowie die konstitutionelle Energie der Eltern. Die Grundlage aller Theorien von der Vererbung und Geschlechterbildung bilden die drei Annahmen der Befruchtung — die dynamische, morphologische und bio-chemische Theorie. Orschansky kommt zu folgenden Thesen: Die Vererbungstendenzen von Mutter und Vater sind spezifischer Art je nach der besonderen biologischen Natur der männlichen und weiblichen Keimzelle. Der erbliche Einfluſs der Eltern auf Entstehung des Geschlechts, Skelettbildung der Kinder und auf das Übertragen von Krankheiten bei denselben entwickelt sich in derselben oder analoger Richtung. Macht und Art der Wirkung bei der Vererbung bildet für jeden Menschen während seines Lebens keine dauernd gleichbleibende Gröſse, sondern unterliegt einer Evolution, deren Perioden im allgemeinen dem Gange der gesamten individuellen biologischen Evolution des Organismus entsprechen. Die im Organismus der Erzeuger vorhandenen Keimzellen können wahrscheinlich nicht als konstante und biologisch unveränderliche Elemente angesehen werden, sondern sie machen wohl auch ihrerseits eine, wenn auch nur latente, Evolution durch. *Hopf-Dresden.*

Malattie chirurgiche della pelle (Chirurgische Krankheiten der Haut), von Mibelli. Das Werk bildet den ersten Teil des zweiten Bandes des „Trattato italiano di Chirurgia" und bringt auf rund 300 Seiten, groſs Oktav, eine ausführliche Beschreibung derjenigen Hautaffektionen, welche, im weitesten Sinne betrachtet, zu

chirurgischen Eingriffen Anlaſs geben können. So werden fast sämtliche Dermatosen behandelt und zwar wird nicht allein die Therapie ins einläſslichste besprochen, sondern auch die Symptomatologie, pathologische Anatomie, Ätiologie etc. Das mit Abbildungen ausgestattete Werk zerfällt in vier Hauptabschnitte: I. Die traumatischen Dermatosen, II. Die chronischen Entzündungen der Haut, III. Die Hautentzündungen, IV. Die Tumoren der Haut. Hervorzuheben sind ferner die detaillierten Literaturangaben, welche jedem Kapitel beigefügt sind. *C. Müller-Genf.*

Kriminalpsychologische und psychopathologische Studien, von Freiherr v. Schrenck-Notzing-München. (Joh. Ambrosius Barth, Leipzig 1902.) Die höchst interessanten Aufsätze behandeln hauptsächlich die gerichtliche Begutachtung und psychopathologische Genese solcher zweifelhaften Geisteszustände, durch welche gewisse Mängel und Lücken der deutschen Strafrechtspflege deutlich gekennzeichnet werden, insonderheit die forensische Beurteilung bestimmter Sittlichkeitsdelikte, die gerichtlich medizinische, noch längst nicht genügend gewürdigte Suggestion, sowie die überaus wichtige Frage nach der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Seine theoretischen Ausführungen illustriert Verfasser durch zahlreiche Fälle aus der Rechtspraxis. Besonders zwei ausführlich wiedergegebene Gutachten betreffen die Rolle der Suggestion, einmal als Mittel zu einem Sittlichkeitsvergehen an einer Hypnotisierten und zweitens in einem Falle von Morphinismus. Anhangsweise fügt Verfasser noch einige kürzere Abhandlungen hinzu, besonders einen interessanten Artikel über sexuelle Abstinenz in Form von zwei Beobachtungen: 1. Psychische Impotenz in der Ehe, 2. sexuelle Hyperästhesie mit Priapismus amatorius. Die weiteren Aufsätze behandeln den sogenannten Yogaschlaf, eine Geburt in der Hypnose, die beweist, daſs die Gebärende absolut schmerzlos blieb, und einen experimentellen und kritischen Beitrag zur Frage der suggestiven Hervorrufung circumskripter vasomotorischer Veränderungen auf der äuſseren Haut. Das Buch ist klar und interessant geschrieben und bietet manches Neue auf diesem dunklen Gebiete, es hat einen besonderen Wert durch die selbständige Beobachtung des Verfassers und kann warm empfohlen werden.

Bernhard Schulze-Kiel.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über Urethritis blennorrhoica bei Kindern männlichen Geschlechts, von Fischer. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 46.) Der Verfasser teilt einen Fall von blennorrhoischer Urethritis mit rechtsseitiger Epididymitis und Funiculitis bei einem neunjährigen Knaben mit. Die Affektion wurde nach Beseitigung der entzündlichen Erscheinungen mit innerlicher Darreichung von Salol behandelt und im Verlaufe von vier Monaten zur vollständigen Heilung gebracht. Über den Modus der Infektion lieſs sich absolut nichts eruieren. — Im Anschluſs an diese Mitteilung bringt der Verfasser eine kurze Zusammenstellung von 69 in der Literatur veröffentlichten Fällen von Urethritis blennorrhoica bei Knaben im Alter von 5 Monaten bis 14 Jahren. Aus all diesen Beobachtungen ergibt sich, daſs die Blennorrhoe bei Knaben sehr häufig von einer Balanitis bezw. Balanoposthitis eingeleitet wird, mit viel stürmischeren Erscheinungen einzusetzen pflegt als bei Erwachsenen, sehr rasch und sehr oft (in circa

50 % der Fälle) auf die Pars posterior übergeht, häufig Incontinentia urinae verursacht und durchaus nicht selten zu Strikturenbildung führt. Schmerzhafte Erektionen sind in keinem Falle erwähnt, auch Prostatitis ist niemals beobachtet worden. Sehr selten scheint bei Knaben im Anschluſs an Blennorrhoe Gelenkrheumatismus aufzutreten. Die Art und Weise der Infektion lieſs sich nur in 40 Fällen feststellen, sie erfolgte in 12 dieser 40 Fälle durch Kohabitationsversuche, zweimal bei Sittlichkeitsdelikten, in den übrigen 26 Fällen aber durch zufällige Übertragung der Keime beim nicht geschlechtlichen Verkehr mit infizierten Personen oder durch die infizierten Finger von Pflegerinnen oder durch infizierte Gebrauchsgegenstände. *Götz-München.*

Akute Urethritis, von D. A. Sinclair-New York. (*Philad. med. Journ.* 14. Febr. 1903.) Besonders betont wird in dem Aufsatz, der im übrigen Neues nicht bringt, die ursächliche Bedeutung des Gonotoxin für die allgemeinen und örtlichen Symptome der Blennorrhoe, sowie die Unzulänglichkeit der Protargoleinspritzungen, die nach Verfassers Erfahrungen das Übergreifen der Blennorrhoe auf die Urethra posterior meist nicht verhindern. *Levor-Frankfurt a. M.*

Periurethrale Infiltrate und Abscesse beim Weibe; chronisch blennorrhoische Induration der Harnröhre des Weibes, von Rudolf Matzenauer. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 45.) Wie beim Manne erkranken auch beim Weibe im akuten Stadium der Blennorrhoe Lakunen und Drüsen der Schleimhaut. Die Follikel sieht man endoskopisch im akuten oder, oft noch deutlicher, im chronischen Stadium als lebhaft rote Punkte oder feine, trichterförmige Öffnungen mit kirschrotem Entzündungshof. Durch Verstopfung der Follikel entstehen miliare Abscesse, kavernöse Infiltrate, starre Beschaffenheit des Rohres. Erkrankungen der zu beiden Seiten der Harnröhrenmündung liegenden Skeneschen Drüsen mit Abscefsbildung kommen vor. Fleckige Rötung an den Ausführungsstellen der Bartholinischen und Skeneschen Drüsen kennzeichnen als Maculae blennorrhoicae oft die latente Blennorrhoe. — Aus den Drüsen der Urethra hervorgehende Abscesse können nach der Urethra und auch nach der Vagina durchbrechen. Man findet in denselben Gonokokken und Staphylokokken, zuweilen auch nur letztere. Neun periurethrale Abscesse beim Weibe hat Verfasser in sechs Jahren gesehen. Die chronisch blennorrhoische Induration der weiblichen Harnröhre kann besonders den syphilitischen Veränderungen gegenüber diagnostische Schwierigkeiten bieten. Die erstere geht gewöhnlich mit einer eigentümlich glasigen oder sulzig-grauen Farbe der Schleimhaut an der Urethralmündung einher. Granulome, Karunkeln drängen sich hervor. Zu Xerose und Strikturen kann es auch kommen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Anwendung des Protargols zur Behandlung der Uterusblennorrhoe, von R. Savor-Wien. (*Die Heilkunde.* 1902. VI. Heft 4.) Nach Reinigung der Uterushöhle mit Watte und Sodalösung wird eine 10%ige Lösung mit der Pleyfair-Sonde oder den Sängerschen Stäbchen eingebracht, zweimal wöchentlich. Sodann legt man einen Tampon mit 10%iger Ichthyollösung ein. In hartnäckigen Fällen spritzt man Jodtinktur ein oder verbindet beide Methoden. Akute Fälle erheischen eine rein symptomatische Behandlung. *A. Strauss-Barmen.*

Über die Behandlung der Uterinalblennorrhoe bei Prostituierten, von F. Parádi. (*Orvosi-Hetilap.* 1902. No. 27—31.) Eine wichtige prophylaktische Maſsregel bildet die Blennorrhoe der Prostituierten. Seitens der Gynäkologen ist es beinahe als Dogma ausgesprochen worden, daſs die weibliche Blennorrhoe unheilbar ist, dem sich auch in neuerer Zeit einige Venerologen anschlossen. Die Erfahrungen aber häufen sich mehr und mehr, daſs nicht jede weibliche Blennorrhoe von Adnexerkrankungen gefolgt ist, daſs durch deren zeitige Erkennung und richtige kausale Behandlung wir im stande sind, die Gonokokken abzutöten, noch bevor dieselben un-

erreichbare Organe attackieren, wodurch die weibliche Blennorhoe nicht nur geheilt, sondern auch die Entwicklung der Adnexerkrankungen vereitelt werden kann. Verfasser ist nun auch der vollkommenen Überzeugung, daſs die weibliche Blennorhoe, und hauptsächlich die der Prostituierten, in der Mehrzahl der Fälle heilbar ist, und daſs bei den übrigen der Prozeſs wenigstens insofern zu beeinflussen ist, daſs derselbe weniger virulent, also weniger gefährlich wird. Folgende Erfahrungen sollen dies nun bestätigen. Verfasser sieht den Haupterfolg bei der weiblichen Blennorrhoe in der lokalen Behandlung derselben, welche nur in den äuſserst akuten Fällen kontraindiziert ist, aber selbst bei diesen und auch bei Adnexerkrankungen nach Ablauf der akutesten Symptome durch symptomatische Behandlung ist die Hauptsache die lokale Behandlung, und zwar besteht dieselbe in intrauterinen Einspritzungen mit der neu modifizierten BRAUNschen Spritze, welche eigentlich vielmehr einträufelt. Die Intrauterinbehandlung wird in allen den Fällen gemacht, bei denen im Sekret des Cervicalkanals Gonokokken gefunden werden, weil die Entscheidung, ob auch der Uterus bereits erkrankt ist, nur in den seltensten Fällen praktisch durchführbar ist und vom Standpunkte der Behandlung der Unterschied zwischen cervikaler und uterinaler Blennorrhoe nicht gemacht werden soll, andererseits dieselbe vom Standpunkte der praktischen Erfahrung und Erfolge stets indiziert ist.

Bei dieser Gelegenheit berichtet Verfasser auch über seine Resultate mit den intrauterinen Einspritzungen des Natriumlygosin. Dasselbe bildet metallglänzende, grüne Kristalle, ist im Wasser leicht löslich und macht eine rubinrote Lösung. In 100 Teilen Wasser sind 6,10 g bei 18,4° C. und 10,73 g bei 37° C. leicht löslich. An kühlem Orte aufbewahrt wird dieselbe vom Sonnenlichte nicht zersetzt, Säuren und groſse Mengen von Kohlensäure führen Zersetzung herbei, die in der Luft enthaltene Kohlensäure aber nicht. Das Natriumlygosin ist ein starkes Antiseptikum. Die vergleichenden bakteriologischen Untersuchungen mit Argentamin auf frischen Kulturen (Methode SCHÄFFER) haben zwar ergeben, daſs die Gonokokken abtötende Eigenschaft des Natriumlygosins etwas schwächer als des Argentamins ist; trotzdem waren die klinischen Resultate günstige, was wohl so zu erklären ist, daſs das Natriumlygosin in fünffach stärkerer Lösung anwendbar und angewendet worden ist als das Argentamin, ohne nennenswerte Reaktionserscheinungen hervorzurufen. Die intrauterinen Einspritzungen wurden also mit 5%igen wässerigen Lösungen zweimal wöchentlich gemacht. Es wurden auch Fälle mit zwei bis drei täglichen Einspritzungen behandelt, ohne daſs irgend welche Reaktion eingetreten ist, und wenn sich dieses bewähren sollte, ist eine noch kürzere Dauer der Behandlung zu erwarten. — Ausschlieſslich mit Natriumlygosin wurden 128 Fälle behandelt, davon muſsten bei 21 Fällen zur vollkommenen Heilung auch noch andere Antiseptica angewendet werden. Von diesen 107 Fällen heilten nun 50 innerhalb von 50 Tagen, die übrigen bis über 60 Tagen; was die Anzahl der gemachten Einspritzungen anbelangt, heilten 74 Fälle (71,2%) nach 11, die übrigen bis 24 Einspritzungen. Die längere Heilungsdauer und die mehr gemachten Einspritzungen bei den letzteren sollen durch die Unterbrechungen wegen verschiedener interkurrierender Erkrankungen erklärt sein. Von diesen 128 Fällen heilten also mit Natriumlygosin 111, ungeheilt blieben 17; von diesen heilten noch 10 mit anderen Antiseptica, 7 blieben also in jeder Beziehung ungeheilt. — Auſserdem wurden noch 119 Fälle mit 10%iger Argentaminlösung intrauterin behandelt, von welchen bei 20% innerhalb von 20 Tagen, bei 66,3% innerhalb von 40 Tagen und nur bei 11% nach 60 Tagen keine Gonokokken gefunden werden konnten; was die Anzahl der Einspritzungen anbelangt, heilten 73% bereits nach 10 und bloſs bei 10% muſsten mehr als 10 (bis 21) Einspritzungen gemacht werden; 12 Fälle konnten nicht gonokokkenfrei werden. — Von den 244 intrauterin Behandelten heilten also

205. Von diesen kamen 69 wiederholt ins Krankenhaus zurück, und bei 38 (also 55%) konnten weder bei der Aufnahme (dieselbe fand statt nach 2 Wochen bis 29 Monaten) noch während des Aufenthaltes selbst nach provozierenden Einspritzungen Gonokokken nachgewiesen werden. Hier muſs noch in Betracht gezogen werden, daſs die Behandelten inskribierte und geheime Prostituierte waren, die ja viel leichter frisch infiziert werden können, als das Material der Gynäkologen. Wenn auch diese Daten in puncto der Heilung nur eine relative Heilungszahl angeben, ist es doch unabweisbar zu konstatieren, daſs die weibliche Blennorrhoe, auf die beschriebene Weise behandelt, in einer groſsen Anzahl der Fälle definitiv geheilt werden kann.

A. Alpár-Alexandria.

Die blennorrhoischen und tuberkulösen Cystitiden, von Guyon. (*Journ. d. pratic.* 1903. No. 5.) G. bespricht die Behandlung eines Falles von blennorrhoischer Cystitis, die vor mehreren Jahren entstanden, durch Instillationen von Höllensteinlösung wiederholt gebessert wurde, aber immer wieder exacerbierte. Da bei dem Kranken die Blasenkapazität auſserordentlich stark vermindert ist und schon nach Injektion von 10 g Flüssigkeit heftige Schmerzen auftreten, soll in Chloroformnarkose eine Blasenspülung mit Höllensteinlösung (1,0 : 250,0) vorgenommen und zugleich die Pars posterior urethrae, die ebenfalls noch krank ist, kurettiert und ein Verweilkatheter eingeführt werden. In den folgenden Tagen werden dann Instillationen von Höllensteinlösung gemacht; diese müssen, um das Auftreten von Rezidiven zu verhüten, auch späterhin noch in Zwischenräumen von fünf bis sechs Wochen längere Zeit hindurch wiederholt werden. In allen derartigen Fällen müssen die Blasenspülungen mit groſser Vorsicht ausgeführt werden; man darf immer nur wenig Flüssigkeit injizieren, damit keine Distension der Blase eintritt, denn eine solche kann schwere Erscheinungen seitens der Nieren hervorrufen.

G. bespricht weiterhin einen Fall von Cystitis mit Vergröſserung der linken Niere, Polyurie und hochgradiger Pyurie. Die Affektion ist höchstwahrscheinlich tuberkulöser Natur. Bei dem Kranken soll die Sectio alta gemacht werden; durch dieselbe wird auch die Entleerung der kranken Niere begünstigt. *Götz-München.*

Über blennorrhoische Neurosen, von Orlipski - Halberstadt. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 43.) Verfasser behauptet: Es gibt eine Anzahl von Neurosen, welche als blennorrhoische oder — analog den metasyphilitischen Prozessen — als metablennorrhoische Neurosen zu bezeichnen sind und dementsprechend einer spezifischen, d. h. antiblennorrhoischen resp. urethralen Therapie schneller und sicherer als jedem anderen Heilversuche weichen. Die 20 hierher gehörigen Beobachtungen seiner Praxis gruppiert Verfasser in folgender Weise:

a) Urethritis blennorrhoica acutissima totalis und Neurasthenie (zwei Fälle). In dem einen Falle, dessen Krankengeschichte mitgeteilt wird, traten am fünften Tage der Trippererkrankung Kopfdruck, Schwindel, Schwächegefühl in den Beinen und Zittern auf; diese Symptome schwanden mit der durch Spülungen erzielten Abnahme der Sekretion. Zweimal führte des Patienten unzweckmäſsiges Verhalten verstärkte Absonderung herbei, beide Male stellten sich auch wieder die nervösen Symptome ein, vermehrt durch Herzklopfen, Angstgefühl und schlechten Schlaf. Erst der energisch durchgeführten Tripperbehandlung gelang es, mit dem Tripper auch die Nervenerscheinungen endgültig zu beseitigen. (Die Bezeichnung dieses Krankheitsbildes als Neurasthenie ist durchaus verfehlt; der Begriff „Neurasthenie" bedeutet nach der allgemein gültigen Auffassung eine chronische Erschöpfung des Nervensystems. Ref.)

b) Urethritis blennorrhoica posterior subacuta cum Neurasthenia (sechs Fälle). Nach dem als Beispiel angeführten Fall zählt Verfasser hierher die im Anschluſs an Blennorrhoe nicht seltenen Fälle sexueller Neurasthenie.

c) Chronische Blennorrhoe mit Hysterie (fünf Fälle). Beispiel: ein junges Mädchen, das an Ausflufs, Erosionen an der Portio, Cervixkatarrh litt, aufserdem ausgesprochene hysterische Erscheinungen darbot. Gonokokken waren nicht auffindbar. Die Behandlung der katarrhalischen Erscheinungen an den Genitalien beseitigte sowohl den Katarrh, als auch die hysterischen Erscheinungen. Nach einem halben Jahre Rezidiv des Katarrhs und der Hysterie; Therapie und deren Erfolg ebenso wie früher. (Da Gonokokken nicht zu finden waren, ist die Zugehörigkeit zur Blennorrhoe zum mindesten zweifelhaft. Ref.)

d) Metablennorrhoische Neurasthenie (sieben Fälle). Hierunter versteht Verfasser die Fälle, in denen die nervösen Symptome erst nach völlig abgelaufenem Tripper auftraten. Der als Typus mitgeteilte Fall ist wenig glücklich gewählt, er entspricht im wesentlichen den Fällen der zweiten Gruppe. Es wird zwar gesagt, dafs der Tripper nach vierwöchentlichem Bestehen geheilt war, und dafs dann erst die Symptome von seiten des Nervensystems auftraten, die dann jahrelang andauerten. Bei der Untersuchung finden sich in der Prostata Gonokokken! Das ist doch keine Metablennorrhoe!

Verfasser bezeichnet also alle diese Fälle als blennorrhoische Neurosen; ihren Zusammenhang zur Blennorrhoe schliefst er 1. aus den Fällen von Neuroseerscheinungen vor dem Auftreten der Geschlechtskrankheit, 2. aus dem zeitigen Zusammenfall des Beginns der Neurose mit dem Beginn des Trippers, 3. aus dem Heilerfolg der antiblennorrhoischen Therapie, während andere Heilwege verschiedentlich vergeblich versucht worden waren. Für einen Teil der Fälle wird man dem Verfasser wohl zugeben können, dafs der Tripper die Gelegenheitsursache für die nervösen Störungen war. Derartige Beobachtungen sind ja nicht selten und erklären sich hinreichend aus dem psychischen Einflufs, den das Bewufstsein, tripperkrank zu sein, auf eine grofse Zahl der Leidenden ausübt. Dem Verfasser genügt diese Erklärung aber augenscheinlich nicht: er neigt der Annahme zu, dafs die Gonokokkentoxine auf das Nervensystem einwirken und die Neurosen verursachen. (! Ref.)

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Über zwei Fälle von Paralyse als Komplikation von Blennorrhoe, von T. R. Glynn-Liverpool. (*Lancet.* 27. Sept. 1902.) No. I, ein 48jähriger Mann, hatte vor 20 Jahren und wiederum einen Monat vor der Aufnahme Blennorrhoe acquiriert; er kam wegen zunehmender Schwäche in den Beinen zur Aufnahme. Im weiteren Verlauf nahm dieselbe zu, und es erstreckte sich die Parese resp. Paralyse auch auf die Arme, die Schultern und die oberen Augenlider. Weitere Symptome waren Delirien, Verfolgungsideen, Gefühl von Eingeschlafensein an den Extremitäten, Schmerzen, Erschlaffung von Sphincter ani et vesicae urinariae, Decubitus, Analgesie an einzelnen Gebieten, Tremor und Muskelatrophie. Es erfolgte schliefslich vollständige Heilung.

Ein 17jähriger Bursche acquirierte zwei Monate vor der Aufnahme Blennorrhoe, welche als Komplikation zunächst Schmerzen in beiden Knieen und der einen Schulter im Gefolge hatte, alsdann Parese beider Beine, Analgesie fast am ganzen Rumpfe und auch im Gesicht und den Extremitäten, Einschränkung des Farbenfeldes, namentlich links, und Herabsetzung des Geschmackssinnes. — Verfasser ist geneigt, die Fälle als akute Polyneuritis zu deuten, wenn auch Poliomyelitis und Landrysche Paralyse zu berücksichtigen sind.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Blennorrhoe der Prostata, von Ernst R. W. Frank-Berlin. (*Med. News.* 26. April 1902.) Fr. war einer der ersten, welche auf die ungemeine Häufigkeit dieser Blennorrhoekomplikationen hinwiesen; seine Angaben wurden von Denos, Goldberg, Janet, Casper u. a. m. bestätigt. Diese Komplikation stellt sich weit früher ein, als man allgemein annimmt; in vielen Fällen wird die Prostata schon innerhalb

acht Tagen nach dem Auftreten der ersten Trippersymptome befallen, obwohl keine subjektiven Erscheinungen vorhanden und der zweite Urin ganz klar befunden wird. Unter 651 Fällen von Blennorrhoe zeigten 210 = 32,25% Urethritis posterior, und bei diesen sämtlich, also bei 100%, war die Prostata befallen. In 96 Fällen von blennorrhoischer Prostatitis war die Primärerkrankung erst acht oder weniger als acht Tage alt. Die Diagnose gründete sich auf die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung des Prostatasekrets und auf die rektale Untersuchung, welch beide unerläfslich sind. Im Gegensatz zu vielen Autoren, die nur selten Gonokokken im Prostatasekret finden, gelang es Fr. in den meisten Fällen (170), mittels der einfachen Methylenblau- oder der Gramschen Färbung dieselben nachzuweisen; auch ist er der Überzeugung, dafs die Anwesenheit zahlreicher Leukocyten im Sekret der Prostata und der Samenbläschen als pathologisch anzusehen sind und auf eine Entzündung dieser Organe hinweisen, was auch bei negativem Bakterienbefund von Wichtigkeit ist. Die Sekundärinfektion der Prostata kann Jahrzehnte hindurch persistieren und in vielen Fällen die Neurospermie und Sterilität erklären. Der Entzündungsprozefs bringt allmählich die Mündungen der Drüsengänge zur Kontraktion oder zum vollständigen Verschlufs; daraus resultiert, dafs eine erfolgreiche Behandlung nur in mechanischer Entleerung der Drüsengänge, d. i. Massage der Prostata, bestehen kann. Dazu kann Fr. einzig den Finger des Arztes und kein anderes Instrument, nur um die peripheren Teile des Organs zu erreichen (faradischer Strom nach Hoppe und Janet), empfehlen. Der Massage mufs stets gründliche Auswaschung der ganzen Harnröhre (Protargol, Adstringentia) folgen. Fr. hat folgende Art Abortivbehandlung der Blennorrhoe, welche bald nach der Infektion zur Behandlung kommt, seit einiger Zeit mit Erfolg angewandt. Er macht etwa drei Tage hindurch mit 1/4%iger Protargollösung Irrigationen (1/4—1/2 Liter) in die vordere und hintere Harnröhre. In 27 von 60 Fällen war der Erfolg ein positiver, d. h. nach den drei Ausspülungen und in drei Fällen sogar nach einer Ausspülung waren und blieben die Gonokokken trotz vieler provokatorischer Irrigationen verschwunden. In 26 der Fälle waren sie nach der dreitägigen Behandlung noch vorhanden. Jedenfalls sind für Fr. die obigen Resultate dafür beweisend, dafs in einer grofsen Anzahl von Fällen durch die beschriebene Abortivmethode die Gonokokken rasch zum Verschwinden gebracht werden können; diese Behandlung bringt keinerlei Nachteile und verhindert zudem, dafs der Krankheitsprozefs auf die Prostata und tieferen Schichten der Harnröhrenschleimhaut übergreift. In den meisten Fällen nun, wo die Prostata infiziert wurde, waren verschiedenartige anatomische Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut vorhanden, diese müssen, nachdem Urethra und deren Adnexe gehörig aseptisch gemacht sind, vermittels Endoskops, Explorativsonde und Rektaluntersuchung genau bestimmt und dann die entsprechenden Behandlungsmethoden (nach Janet) eingeleitet werden.

Stern-München.

Über Hautgeschwüre blennorrhoischer Natur, von Oskar Salomon. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 9.) Bei einer an akuter Blennorrhoe erkrankten Patientin konstatierte S. eine starke Schwellung der grofsen und kleinen Labien und auf dem Kamme der rechten kleinen Labie ein ca. 3 cm langes, 1½—2 cm tiefes, längsgestelltes, scharfgeschnittenes, keilförmiges Ulcus mit nicht sehr stark indurierten Rändern und schwärzlichem, schmutzigem, in Abstofsung begriffenem Belag. Die Bartholinischen Drüsen waren intakt. Das sehr schmerzhafte, leicht blutende Geschwür, das in den nächsten Tagen nach hinten zu noch um 1 cm länger wurde, glich einer mit einem scharfen Messer gesetzten Schnittwunde; ein eigentlicher Geschwürsgrund war nicht vorhanden. In dem reichlichen Sekret wurden mikroskopisch und kulturell Gonokokken in Reinkultur nachgewiesen, erst allmählich trat

eine Sekundärinfektion mit Staphylococcus albus und aureus ein. Nach achttägigem Bestehen des Geschwürs zeigte sich ganz plötzlich auf dem Kamme der linken kleinen Labie ein ganz ähnlich aussehendes, 1½ cm langes, längsgestelltes, stark secernierendes, leicht blutendes, schmerzhaftes Ulcus mit scharfen, livide verfärbten, hart infiltrierten Rändern; im Sekrete waren auch hier Gonokokken in Reinkultur ohne Beimischung anderer Bakterien nachweisbar. Die Geschwüre gelangten unter energischer Applikation von 1‰iger Höllensteinlösung in wenigen Wochen zur Heilung. — Es handelte sich in diesem Falle nicht etwa um eine sekundäre Infektion vorhandener Ulcera mit Gonokokken, sondern um primäre Gonokokkenulcerationen. Ob ursprünglich Abscesse vorhanden waren, die sich nach aufsen entleert haben, oder ob primäre Ulcera vorlagen, läfst sich nicht mit Sicherheit entscheiden; wahrscheinlicher ist das erstere. Die Infektion ist sicherlich von aufsen erfolgt durch Kratzen seitens der Patientin. — Einen ganz ähnlichen Fall mit rasch nacheinander an verschiedenen Stellen der äufseren Genitalien auftretenden Abscessen blennorrhoischer Natur hat vor kurzem Gravagna beschrieben. *Götz-München.*

Die Augenentzündungen der Neugeborenen und der Gonococcus, von Th. Axenfeld-Freiburg i. Br. (*Münch. med. Wochenschr.* 1903. No. 3.) Berichtigung zu dem in No. 49 des Jahrg. 1902 der *Münch. med. Wochenschr.* veröffentlichten Aufsatz von Schanz; dieselbe hat ausschliefslich polemischen Inhalt. *Götz-München.*

Die Ophthalmie der Neugeborenen, von Leslie Buchanan-Glasgow. (*Scott. Journ.* Nov. 1902.) Der Aufsatz bringt nichts Neues. *Levor-Frankfurt a. M.*

Über metastatische Bindehautentzündung bei Blennorrhoe, von Anton Kubka. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 40.) Metastatisch entstehende blennorrhoische Iritiden und Iridocyklitiden sind bekannt und anerkannt, nicht aber eine auf Metastasen beruhende blennorrhoische Conjunctivitis, trotzdem Fournier schon diese Entstehungsweise vertreten hat. Verfasser teilt zwei Fälle mit: Im ersten handelt es sich um eine Blennorrhoe, die in der zweiten Woche Conjunctivitis, später Arthritiden, nach der vierten Woche Iridocyklitis nach sich zog. Das Conjunctivalsekret enthielt keine Gonokokken. — Dieser Befund war auch im zweiten Falle negativ, in dem auch eine heftige Conjunctivitis und Iritis der Blennorrhoe folgte. Auch in einem exzidierten Stück Bindehaut fand man keine Gonokokken. — Die Conjunctivitis blennorrhoica metastatica ist sehr selten; Komplikationen sind dabei oft gefunden. Bemerkenswert sind die Rezidive bei erneuter blennorrhoischer Infektion. — Die tiefe epischlorale Injektion, die Anwesenheit anderer blennorrhoischer Metastasen sind für die Abgrenzung von der akuten Conjunctivitis von Wichtigkeit. — Über die Pathogenese drei Theorien: 1. die metastatische; 2. die Theorie der Mischinfektion; 3. die Toxintheorie. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die sogenannte Blennorrhoe des Tränensackes bei Neugeborenen, von Rabinowitsch. (*Russki Wratsch.* 1902. S. 1206.) Verfasser hat während einer 10jährigen Praxis 29 Fälle von Blennorrhoe des Tränensackes bei Neugeborenen gesehen, von denen 13 Knaben und 16 Mädchen betrafen. In der gröfseren Majorität der Fälle war der Verlauf ähnlich der katarrhalischen Conjunctivitis mit stärkerer oder geringerer Absonderung. Die Dauer der Erkrankung betrug zwei bis drei Tage bis einige Monate. In 24 Fällen beobachtete Verfasser völlige Ausheilung, die übrigen fünf Fälle entzogen sich der Behandlung. In allen Fällen bestand die Behandlung in drei- bis viermal täglichem Ausdrücken des Eiters aus dem Sack bei gleichzeitiger Anwendung leichter Massage in dieser Gegend; nur in einem Falle mufste sondiert werden. In einem Falle wurde eine bakteriologische Untersuchung des Eiters vorgenommen, wobei ein Mikroorganismus gefunden wurde, der grofse Ähnlichkeit mit dem Bacterium coli communis aufwies. *Arth. Jordan-Moskau.*

Die Therapie des Regenbogenhautvorfalles bei Augenblennorrhoe, von Marczel Falta. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 35.) Die schweren Folgen eines Regenbogenhautvorfalles nach Blennorrhoe werden am besten bekämpft durch energische Anwendung von Eserin und Pilocarpin und durch Druckverband. Atropin ist zu vermeiden; operativ darf man nur nach Ablauf von zwei bis drei Monaten vorgehen, außer wenn Sekundärglancera dazu drängt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Blennorrhoische Vulvo-Vaginitis bei Kindern, von R. F. Woods-Philadelphia. (*Amer. Journ. med. scienc.* Febr. 1903.) Verfasser berichtet über fünf von ihm beobachtete Fälle, bei denen allen wenigstens wahrscheinlicherweise eine blennorrhoische Infektion vorlag, obgleich die Kulturversuche nur bei zweien einen klaren positiven Beweis ergaben. Die Infektionsmodalitäten sind, wie hier namentlich auf Grund der Literatur dargelegt wird, sehr mannigfaltige, und die Fälle sind durchaus nicht immer auf geschlechtlichen Mißbrauch zurückzuführen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Rheumatische Blennorrhoe, von J. D. Westervelt. (*Mercks Arch.* 1902. No. 5.) Verfasser widerlegt die Ansicht, daß es sich beim blennorrhoischen Rheumatismus stets um eine toxämische Erkrankung auf blennorrhoischer Grundlage handele. Meist sei der Rheumatismus eine Begleiterscheinung; in den meisten Fällen versage ja auch der Nachweis der Gonokokken in den Gelenken. Auch sonst fehle jeder positive Beweis für den ätiologischen Zusammenhang beider Erkrankungen. Er bespricht sodann die Symptome des Leidens. Die lokale Behandlung der Arthritis soll diejenige der Arthritis rheumatica überhaupt sein, dazu roborierende Diät und örtliche Behandlung der Blennorrhoe. *A. Strauß-Barmen.*

G. Nobl spricht im Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium **über blennorrhoische Gelenkserkrankungen.** Ausgangspunkt der Erörterungen ist ein eigenes 23 Fälle schwerer blennorrhoischer Synovialmetastasen umfassendes Beobachtungsmaterial des Vortragenden. Nicht einbezogen sind die leichteren einer ambulatorischen Behandlung zugänglichen Formen.

Von den Beobachtungen betrafen 18 Männer und 5 Frauen, die im Alter von 4 bis 50 Jahren standen. Bei allen hatte die komplikatorische Gelenks- resp. Sehnenscheiden- und Schleimbeutelerkrankung von einer Genitalblennorrhoe ihren Ausgang genommen. Von den Gelenken war 14mal das Knie-, 7mal das Hand-, 12mal, je 3mal das Zehen- resp. Finger-, 3mal das Sterno-Clavicular- und je einmal das Hüft-, Kiefer-, Wirbel- und Atlanto-Epistrophealgelenk befallen. Die Läsionen der Sehnenscheiden bezogen sich 6mal auf die Strecksehnen des Handrückens, 5mal auf die Scheiden der Extensoren des Fußes und des gemeinsamen langen Zehenbeugers und einmal auf den Synovealbezug des Bicepskopfes (Bursitis intertubercularis). Von Schleimbeuteln war 5mal die Bursa achillea in Mitleidenschaft gezogen. Den Ausgangspunkt der Allgemeininfektion bildete die Vulvo vaginitis kleiner Mädchen 2mal, eine Urethral- resp. Servical- und Corpus-Blennorrhoe 3mal. Bei den 18 Männern schlossen sich die Komplikationen 16mal an eine Blennorrhoea posterior resp. Prostatitis gland. an. Die bakteriologische Exploration des Gelenks- resp. Sehnenscheidenexsudates konnte in 18 Fällen zur Ausführung gelangen; ein kultureller Gonokokkennachweis war 3mal, ein tinktoriell differenzierter Befund 2mal beizubringen; 2mal gingen auf den Nährmedien Staphylokokken auf. 11mal verhielt sich der seropurulente Erguß steril. Der zeitliche Ablauf vom Beginne der Infektion bis zur Metastasierung schwankte zwischen acht Tagen und mehreren Monaten. Die Übersicht bezeugt die Prädilektion gewisser Gelenke zur Erkrankung, wobei traumatischen Einflüssen eine Bedeutung zuzuerkennen ist. In diagnostischer Hinsicht kann weder die Lokalisation noch das monoartikuläre Auftreten als verläßliche Fährte für die Agnoscierung des blennorrhoischen Gelenkleidens dienen. Als pathognostische

Kriterien können hingestellt werden: Die Beschaffenheit der zur Rezidivierung und ankylotischer Ausheilung tendierenden Gelenksveränderungen, die häufige Kombination derselben mit spezifischen Sehnenscheidenläsionen, die begleitenden Allgmeinerscheinungen (Fieber), sowie das refraktäre Verhalten der antirheumatischen Medikation gegenüber. Als die wichtigste, gleichzeitig auch als der Blennorrhoe am meisten eigene Gelenksaffektion ist die phlegmonöse Arthritis resp. Peri- und Para-Arthritis hinzustellen, die sich häufig mit exsudativen und fungös wuchernden Tendovaginitiden zu vergesellschaften pflegt. Alle diagnostischen Merkmale der Klinik können erst in dem kulturellen Gonokokkenbefund ihre Verifizierung resp. Ergänzung finden.

(Autorreferat.)

Blennorrhoische Synovitis, von F. C. Wallis. (*Brit. med. Journ.* 3. Jan. 1903.) Tritt bei jungen Leuten ohne erkennbare Ursache plötzlich eine monoartikuläre Synovitis auf, so wird man in der Diagnose sich selten irren, wenn man das Vorhandensein einer Blennorrhoe annimmt. Der Anfang des Synovialergusses ist nicht sehr schmerzhaft, aber hartnäckig und der gewöhnlichen Therapie unzugänglich. Er ist meistens mit Temperatursteigerung verknüpft. Der übermäfsige Synovialergufs ist die Folge direkter Reizung der Synovialmembran durch Mikroorganismen oder durch ihre Toxine. Je rascher in solchem Falle der irritative und destruktive Zustand beseitigt wird, desto weniger Schaden wird in den Gelenken angerichtet werden, und desto vollständiger wird das Heilresultat sein. Deshalb wird man nicht lange warten dürfen. Tritt nach 8—10 Tagen der expektativen Behandlung durch Bettruhe, Kataplasmen, interne Mittel, wie Salicyl, Jodkalium, Merkur, kein Zeichen der Besserung ein, so soll unter Beobachtung der Antisepsis eine Inzision gemacht und das Gelenk mit einer warmen Kochsalzlösung gründlich ausgewaschen werden. Von dem Gebrauche starker, reizender Antiseptica rät Verfasser dringend ab. Die Flüssigkeit, welche von dem Gelenke kommt, ist trübe und enthält Gonokokken, häufig aber fehlen dieselben und sind auch bakteriologisch nicht nachweisbar. Dies schliefst indessen nicht aus, dafs es sich dennoch um eine blennorrhoische Synovitis handelt. Der Verfasser illustriert das Gesagte durch einige Krankengeschichten.

C. Berliner-Aachen.

Ankylosis blennorrhoica, von J. Sherren. (*Brit. med. Journ.* 31. Jan. 1903.) Der Verfasser berichtet kurz über einen Patienten, der 14 Tage nach Beginn der Blennorrhoe Schmerzen im Hüftgelenk bekam. Im Anschlufs an die akute Arthritis wurde schliefslich das Gelenk ankylotisch. *C. Berliner-Aachen.*

Pathologie und Therapie der chronischen Blennorrhoe, von A. Buschke-Berlin. (*Die Deutsche Klinik.* 1902. Urban & Schwarzenberg, Wien.) Fast alle chronischen Blennorrhoen entwickeln sich aus akuten Trippern, verschwindend sind die Fälle, wo ein nicht blennorrhoischer, sei es durch andere Bakterien veranlafster oder durch andere Irritamente hervorgerufener Katarrh der Harnröhre chronisch wird. Der akute Tripper dauert gewöhnlich fünf bis sechs Wochen. Dauert er viel länger, so kann dies bedingt sein durch dreierlei Ursachen: Entweder die Gonokokken bleiben andauernd im Sekret, oder infolge des akuten Katarrhs haben sich dauernde Veränderungen der Schleimhaut oberflächlicher und tiefer Natur entwickelt, die auch ohne Mikroorganismen den Katarrh bedingen, oder es haben sich nach Ablauf oder schon während des ursprünglichen Trippers andere Mikrobien auf der Schleimhaut angesiedelt, die den Katarrh unterhalten. Die erste Form ist selten, es handelt sich meist um eine Prostatitis oder um infizierte paraurethrale Gänge. In diesen Fällen mufs man die antiseptische Therapie, Massage der Prostata, Behandlung der Posterior und Blase fortsetzen, wobei sich Janetsche Spülungen, Protargol u. s. w. empfehlen.

Bei der bakteritischen Urethritis siedeln sich andere Mikroorganismen an, über ihre Infektiosität läfst sich nichts Sicheres sagen, doch gibt es selten schwere Komplikationen. Therapeutisch empfehlen sich hier Injektionen von Sublimat, Resorcin, innere Darreichung von Urotropin, Instillationen von Argentum in die Posterior, aber Bougies sind entschieden zu vermeiden. Für das Chronischwerden einer akuten Blennorrhoe gibt es zwei Ursachen: 1. eine gewisse lokale Disposition zu Schleimhautkatarrhen, 2. eine nicht ganz sachgemäfse Berücksichtigung des akuten Trippers, zumal der Patient nur selten den Ernst der Krankheit einsieht.

B. geht dann auf die pathologische Anatomie ein und teilt die Veränderungen, welche sich bei chronischer Urethritis finden, in zwei Gruppen: 1. Wesentlich oder lediglich das Epithel betreffende Affektionen; 2. es bestehen tiefere Entzündungsherde in der Mucosa und der Submucosa. Der Sitz der Erkrankung ist nach B.s Ansicht meistens in der Urethra anterior allein. Bei den klinischen Erscheinungen betont B. vor allem die Neurasthenie, die durch die spezielle Organbehandlung oft noch verstärkt wird. Beim Kapitel „Diagnose“ wird der Gang der Untersuchung klar und genau geschildert, wobei B. betont, dafs nach seiner Ansicht die Endoskopie im wesentlichen nur für gröfsere Veränderungen der Urethra, Ulceration, Polypen u. s. w. und für seltenere Fälle hartnäckiger Gonokokkensekretion in Betracht kommt, während für den Nachweis der Infiltrate die Knopfsonde genügt. Wichtig ist stets auch die Untersuchung der Prostata und die Prüfung des Allgemeinzustandes des Patienten.

Den Schlufs des Aufsatzes umfafst die Behandlung der chronischen Blennorrhoe. Das oberste Prinzip ist, nicht zu viel zu tun, bei geringer Sekretion und Abwesenheit von Gonokokken behandelt man am besten gar nicht. Zeigt sich bei den Patienten nach Excessen Steigerung des Ausflusses, so empfehlen sich leicht adstringierende Injektionen, und da, wo zahlreiche andere Mikroorganismen vorhanden sind, injiziere man Sublimat 0,1 : 2000 oder 1%iges Resorcin. Oberflächliche Katarrhe behandelt man neben der Vermeidung von Excessen mit Injektionen einfacher Adstringentien, oder wo das nicht genügt, mit Injektionen von Cuprum sulfur $^1/_4$—5% jeden zweiten Tag resp. Argent. nitricum-Salben und Irrigationen mit Kalium permang. Tiefere Entzündungsherde verlangen eine mechanische Behandlung (Metallbougies, Dehnapparate mit nachfolgender Spülung der Anterior), während Verfasser von der Dehnung der Posterior wenig hält. Die Behandlung der Prostatitis bietet nichts Neues. Vor allem sind die allgemeinen nervösen Beschwerden der Patienten durch Diät, hydriatische Mafsnahmen, Badekuren u. s. w. zu berücksichtigen, ebenso müssen Strikturen beseitigt werden. Die Komplikationen Cystitis, Epididymitis, Prostatorrhoe, Spermatorrhoe sowie Metastasen werden kurz gestreift. Die Prognose hält B. quoad sanationem completam für nicht günstig, während er die Bedeutung der chronischen Blennorrhoe in Bezug auf die Ehe für wesentlich hält; hier mufs man von Fall zu Fall prüfen und vorsichtig sein. Ein noch so häufiger negativer Gonokokkenbefund gibt keine Gewifsheit des Mangels der Infektionsgefahr. Jedenfalls liegt der Schwerpunkt der ganzen Blennorrhoetherapie in der Zeit der akuten Erkrankung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Therapie der Blennorrhoe, von Walther Pick-Prag. (*Ther. d. Gegenw.* 1903. No. 2.) P. empfiehlt das Albargin, eine wasserlösliche Verbindung von Argent. nitricum mit Gelatine, als Antiblennorrhoicum, das in Bezug auf Raschheit der Wirkung und Reizlosigkeit sich den besten bisher bekannten Mitteln gleichwertig erweist, bezüglich der Sicherheit und Dauer der Wirkung dieselben scheinbar noch übertrifft. Bei der subakuten und chronischen Blennorrhoe bewährte sich dem Verfasser eine gleichkonzentrierte Verbindung von Transäure und Argent. nitricum 1 : 4000 bis 1 : 2000, die nacheinander, und zwar zuerst die Transäure, je einige Minuten injiziert

wurden. Die Resultate waren gut in den Fällen, wo die akuten Entzündungserscheinungen abgeklungen waren, wo sich nur mehr schleimige Sekretion, Morgentropfen vorfinden. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Behandlung der akuten unkomplizierten Blennorrhoe, von Hugh Wilkinson-Kansas City. (*Philad. med. Journ.* 16. Aug. 1902.) Verfasser widerrät eindringlich die Anwendung der Tripperspritze bei einfacher akuter Blennorrhoe; manche Komplikation, namentlich Epididymitis, sei nur der gebräuchlichen Injektionsmethode zuzuschreiben. Die Behandlung soll bestehen in tunlichster Ruhe, blander Diät, wenigstens eine Woche nur Brot und Milch, Vermeidung von Tee, Kaffee und Alkohol, Sorge für regelmäfsigen Stuhlgang. Zur Vermehrung und Verdünnung des Urins ist gutes Wasser in reichlicher Menge zu trinken. Aseptisch bleibt der Urin durch Urotropin, viermal täglich 0,3—0,4 in ½ Glas Wasser; billiger ist ein Pulver aus Acid. bor., Natr. bicarbon. āā 0,3, Cubeb. pulv. 0,1, viermal täglich. Lokal bewährt sich am besten längeres Eintauchen des Gliedes in heifses Wasser, täglich wenigstens zweimal; zur Zeit der Harnentleerung vorgenommen, lindert es das Brennen. Das Glied wird danach sorgfältig abgetrocknet und mit Borsäure gepudert. Zu verwerfen ist der Wattebausch vor der Urethralmündung, der das Sekret in der Urethra zurückhält. Die Beschmutzung der Kleider verhütet am besten ein Stück weifser Gaze, das an der Innenseite des Hemdes angesteckt und um die Genitalien gewickelt wird. Den Patienten ist das Herausdrücken des Sekretes aus der Harnröhre zu untersagen, weil die Entzündung dadurch ausgedehnt und verlängert werden kann. *Levor-Frankfurt a. M.*

Welche Fingerzeige für die Behandlung der Blennorrhoe der Weiber geben uns einige Tatsachen aus der Biologie des Gonococcus und das Verhalten blennorrhoisch infizierter Gewebe? von Victor Schultz-St. Petersburg. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1902. No. 25 und 26.) Die bakteriologischen Untersuchungen haben bekanntlich ergeben, dafs der Gonococcus am besten auf peptonhaltigen Nährböden gedeiht, jedoch ist auch hier sein Wachstum ein beschränktes und wird wahrscheinlich durch ein Stoffwechselprodukt der Gonokokken selbst, ein „diaphthorisches Gonokokkentoxin", geschädigt. Das Studium des Verhaltens infizierter Gewebe zeigt das Bestreben des Organismus:

1. Die Gonokokken durch Verlegung und Verstopfung der Saftlücken und Lymphgänge vermittels der weifsen Blutzellen zu lokalisieren oder, bildlich ausgedrückt, zu umzingeln;

2. dadurch, dafs den Gonokokken in den weifsen Blutzellen ein sehr peptonreicher Nährboden geboten wird, sie durch ihr eigenes diaphthorisches Toxin in ihrer Fortentwicklung abzuschwächen und zu hemmen;

3. die Gonokokken durch frühzeitige Regeneration und Metaplasie des Schleimhautzellgewebes zu blockieren und zur Übergabe zu zwingen und

4. sie mit den absterbenden, von der Matrix abgehobenen Gewebsschollen zu eliminieren.

Dieses Bestreben des Organismus, das Invasionsgebiet der Gonokokken zu beschränken, findet sich im akuten wie im chronischen Stadium und bei allen befallenen Schleimhäuten. Erste Aufgabe der Therapie mufs es daher sein, diese „natürliche Reaktion" nach Möglichkeit zu begünstigen. Die Therapie soll:

1. die subjektiven Beschwerden lindern,
2. das Umsichgreifen des Prozesses verhindern,
3. die Elimination der Gonokokken besorgen.

Die erste Aufgabe wird durch zweckmäfsige örtliche Behandlung gröfstenteils erreicht, fällt also mit den beiden anderen Aufgaben zusammen. Um die Ausbreitung

der Infektion zu verhindern, stellt Verfasser, soweit die Blennorrhoe bei Weibern in Betracht kommt, folgende Forderungen auf: Vermeidung jeglicher sexueller Erregungen inkl. Coitus; Vermeidung aller stärkeren und anstrengenderen Körperbewegungen in allen frischen und frischrezidivischen Fällen, am besten Bettruhe, namentlich während der Menstruation; peinlichste Sauberkeit der äußeren Genitalien; Sorge für rationelle Ernährung, Regelung der Darmfunktion; Vermeidung aller unnützen instrumentellen Untersuchungen und therapeutischen Lokaleingriffe im akuten Stadium; endlich bei Verheirateten gleichzeitige Behandlung des Mannes. Die Hauptschwierigkeit ist die dauernde Fortschaffung der Gonokokken; sie wird noch dadurch erhöht, daſs die örtliche Behandlung vor, während und nach der Menstruation ausgesetzt werden muſs und gerade in den blutigserösen Ausscheidungen die Gonokokken gut gedeihen. Es ist daher am besten, bei Uterus- und Adnexerkrankungen eine temporäre Ausschaltung der Menstruation, eine künstliche Menopause, anzustreben. Dieses Zeil erreichen am besten die systematischen Jodalkoholinjektionen ins Cavum uteri nach Walton, Mackenrodt und Grammatikati. Gute Erfolge verlangen richtige Auswahl der Fälle. Bei Tubenerkrankungen fand Verfasser, daſs die Injektionen bei einiger Vorsicht gut und ohne groſse Schmerzen vertragen wurden; immerhin rät er, der ersten Einspritzung eine Morphiuminjektion vorauszuschicken. Sind die Tuben frei, ist bloſs der Uterus erkrankt, so sind die Einspritzungen rasend schmerzhaft; hier zieht Verfasser die Applikation des Jodalkohols mittels Sängerscher Stäbchen vor. Den Injektionen folgt Tamponade des Scheidengewölbes mit 2%igen Alumnolglycerintampons, Verfasser stopft auſserdem die ganze Scheide mit steriler Gaze und Watte aus. Die viel zu kurze Zeit der Einwirkung und die zu geringe Tiefenwirkung, Miſsstände, welche die Erfolge der üblichen Antiblennorrhoica so sehr fraglich machen, sollen bei der Jodalkoholmethode nicht in Betracht kommen. Zum Schlusse wirft Verfasser die Frage auf, ob es, rein theoretisch betrachtet, nicht gelingen könnte, auf künstlichem Wege die Gewebsreaktion zu beeinflussen und eine lokale Leukocytose zu erzeugen und zu unterhalten, ohne die erkrankten Gewebe selbst örtlich in Angriff zu nehmen. Wäre das möglich, so wäre viel gewonnen. Verfasser sieht einen Aussicht versprechenden Schritt zu diesem Ziele in der Anwendung von Protëinextrakten, die ja, wie Dehio experimentell erwiesen hat (Bacillus prodigiosus und cyaneus), ebenso wie das Tuberkulin im stande sind, Leukocyten und Temperatursteigerung hervorzurufen.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

In dem auf dem livländischen Ärztetage gehaltenen Vortrage G. v. Engelmanns „Über die **Aufgaben und Ziele bei der Behandlung der chronischen Blennorrhoe des Mannes** in Bezug auf die Frage der Verheiratung“, hatte der Vortragende seinen Standpunkt dahin präcisiert, daſs die Gonokokkenuntersuchung mittels Mikroskop und Kulturverfahren zuweilen im Stiche lasse, der negative Ausfall allein daher noch nicht berechtige, die Ansteckungsgefahr auszuschlieſsen. In der dem Vortrage folgenden Diskussion meint Ströhmberg-Jurjew, bis vor kurzem sei die Ansicht des Vortragenden berechtigt gewesen, aber seit Einführung des Thalmannschen Kulturverfahrens (zu $^{2}/_{3}$—$^{3}/_{4}$ neutralisierter Fleischwasseragar), das jeder Arzt mit Leichtigkeit anwenden könne, befänden wir uns vor einem „hochwichtigen Wendepunkte“ in der Frage der Blennorrhoediagnose; zur genauen Diagnose müsse unbedingt die Ausführung dieses Verfahrens verlangt werden. Engelmann entgegnet, viele Nährböden, die anfangs sehr gepriesen worden seien, hätten sich später als unsicher erwiesen; die Sicherheit des Thalmannschen Verfahrens sei erst noch durch weitere Versuche festzustellen. Er habe mit den anerkannt besten Nährböden negative Erfolge gehabt in Fällen, in denen das Mikroskop positiven Befund ergeben hätte; er müsse daher seinen Standpunkt festhalten.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Die Behandlung der Blennorrhoe, von F. S. EDWARDS-London. (*Lancet*. 12. April 1902.) Mit Merkurol, einer Verbindung von Hg mit Nukleinsäure, in 2%iger Lösung hat Verfasser günstige Erfahrungen gemacht. Im übrigen stellt der Vortrag nur eine Besprechung der sonst üblichen neueren Methoden dar.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von A. BLASCHKO-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr*. 1902. No. 19.) Des Verfassers über neun Jahre sich erstreckende Versuche gingen von der Überlegung aus; es müsse doch einen Zeitpunkt geben, wo die Gonokokken noch so oberflächlich in der Harnröhrenschleimhaut liegen, daſs es gelingt, ohne diese wesentlich zu schädigen, die Gonokokken durch chemische Substanzen abzutöten. Auf Grund vielfacher Erfahrungen hat Verfasser die Überzeugung gewonnen, daſs es unter gewissen Bedingungen und in den dazu geeigneten Fällen gar nicht selten gelingt, eine eben entstehende Blennorrhoe zu coupieren. Geeignet sind die Fälle, in denen der Patient wenige Tage nach dem infektiösen Coitus einen Kitzel oder leichten Schmerz in der Harnröhre verspürt und sofort den Arzt konsultiert; das Sekret ist spärlich, serös-molkig oder schleimig, enthält mikroskopisch neben Eiterzellen noch reichlich Epithelien und wenig, groſsenteils noch extracellulär liegende Gonokokken. Ungeeignet zur Abortivbehandlung sind die Fälle, in denen die Blennorrhoe älter als drei Tage ist, in denen schon reichliche Sekretion besteht, die schon entzündliche Schleimhautreizung aufweisen, ferner die Fälle mit langer Inkubation und die, bei denen schon von vornherein die hintere Harnröhre gleich mit erkrankt ist. — In den ersten Jahren bediente sich Verfasser einer 2%igen Argentum nitricum-Lösung, die mittels groſser Tripperspritze injiziert, 20—30 Sekunden in der Harnröhre belassen wurde; darauf wurde mit zwei Spritzen Wasser nachgewaschen. Am folgenden und dritten Tage Wiederholung mit 2‰iger Argentumlösung. Gelegentliche Miſserfolge, sowie die manchmal nicht unerheblichen Reizerscheinungen veranlaſsten den Verfasser, andere Mittel zu prüfen. Sehr gut bewährt haben sich das Protargol und das Albargin, ersteres in 4%iger, letzteres in 1—2%iger Lösung. Die Mittel wurden 3—5 Minuten in der Harnröhre gelassen und die Harnröhre hinterher nicht ausgewaschen. Während das Argentum nach der ersten Einspritzung Urethritis mit serösem oder blutig-serösem Sekret verursachte, fehlten hier Reizerscheinungen fast völlig. Es wurden daher am zweiten und dritten Tage die Lösungen in gleicher Stärke appliziert. Die Argentumbehandlung hat Verfasser jetzt ganz verlassen. Positive Resultate gelang es ihm, in ca. 40—50% der Fälle zu erhalten; das Fehlen der Gonokokken und der Fäden im Urin am zweiten Tage bürgt noch nicht für den Erfolg. In miſslungenen Fällen eine erneute Abortivbehandlung vorzunehmen, ist zwecklos. Die Abortivbehandlung beeinfluſst, wenn sie miſsglückt, den weiteren Verlauf der Blennorrhoe nicht ungünstig. Die Ursache des Miſslingens läſst sich nur vermuten; die Gonokokken sind vielleicht schon zu tief eingedrungen oder sitzen, schwer erreichbar, in den zahlreichen Nebengängen oder Drüsen der Harnrohre. — Als groſsen Vorzug des Verfahrens vor den JANETschen Spülungen, gegen die Verfasser sich im allgemeinen wendet, sieht er die Einfachheit und Leichtigkeit an, mit der jeder Arzt es in der Sprechstunde anwenden kann.

In der Diskussion dieses in der Berliner medizinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrages bemerkt E. FRANK, daſs er sich den Ausführungen BLASCHKOs bezüglich der Indikationsstellung und der Resultate nur anschlieſsen könne. Er habe aber seine Erfahrungen mit den JANETschen Spülungen gemacht, zu denen er ebenfalls Protargol und Albargin in 1%iger bezw. 1‰iger Lösung benutzt. Er macht an drei aufeinander folgenden Tagen je eine Spülung von ½ Liter. Seiner Ansicht nach hat das Verfahren keine schädlichen Wirkungen. Auch er hat etwa in der Hälfte der Fälle ein positives Resultat erzielt.

A. Loewald-Wilhelmshöhe.

Die Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe, von R. SAVOR. (*Heilkunde*. 1902. No. 3.) Verfasser empfiehlt besonders das Protrargol in steigender Konzentration von 1/4 bis 1%, mit der Tripperspritze in drei Portionen in die Urethra injiziert. Zur Harnröhren-Blasenspülung wird eine 1%ige Lösung verwendet. In chronischen Fällen werden aufser Jodoform- und Tanninstäbchen besonders Protargolstäbchen (10—20%ige) empfohlen. Auch bei den übrigen Formen der Blennorrhoe des Weibes wird dem Protargol meist der Vorzug vor anderen Mitteln gegeben.

A. Straufs-Barmen.

Albargin oder Silbergelatose in der Behandlung der Blennorrhoe, von HERM. G. KLOTZ-New York. (Separatabdruck aus *Med. News*. 29. Nov. 1902.) Wenn K. auch das Argentum nitricum nach vielfachen Versuchen noch immer für das wirksamste Mittel gegen Blennorrhoe hält, so hat er doch mit dessen Kombinationen, mit Argonin und Protargol, sehr befriedigende Resultate gehabt. Ein weiteres, das Albargin, enthält etwas mehr des wirksamen Metalls (9,52% Silber gegen 8% beim Protargol). KL. führte seine Versuche mit Albargin in der Weise aus, dafs er die täglichen Injektionen an den Patienten selbst vornahm, und konnte so von 1/2- bis 2%iger, in letzter Zeit sogar bis 5%iger Lösung gehen, ohne dafs irgend welche Reizerscheinungen in der Harnröhre sich einstellten. Von 21 solchen Fällen kamen 15 innerhalb 24—36 Stunden nach dem ersten Auftreten der Symptome in Behandlung, und 11 derselben konnten nach acht Tagen (sic! Ref.) als geheilt entlassen werden; die durchschnittliche Zahl der Einspritzungen hat hier vier betragen. Von den anderen 6 Fällen, welche schon mit anderen Mitteln behandelt worden waren, gaben 3 nach ca. drei Wochen befriedigende Resultate, ebenso 2 weitere Fälle von subakuter Blennorrhoe. Auch in den angeführten 3 Fällen von chronischer Blennorrhoe wurden die Gonokokken in relativ kurzer Zeit zum Verschwinden gebracht (durch tiefe Injektionen einer 2%igen Albarginlösung). Ein so ausgesprochenes Zurückgehen der Symptome hat KLOTZ mit keinem der anderen Silbersalze beobachtet, wenn auch die Resultate mit Argentum nitricum, Argonin und Protargol zuweilen sehr gute waren, und er steht nicht an, das Albargin für ein Metall zu erklären, welches NEISSERS Ideal eines Gonokokken tötenden Antiblennorrhoicums sehr nahe komme.

Stern-München.

Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Chinolin-Wismuthrhodonat EDINGER (Crurin pro injectione), von TH. SCHWAB-Freiburg i. B. (*Die med. Woche*. 1902. No. 43.) Verfasser berichtet über 63 mit Crurininjektionen behandelte Blennorrhoefälle. Die Form des Mittels lautet: Crurin 1,0, Coutere cum Aq. dest. Glycerin aa 5,0, adde paullatim Aq. dest. q. s. ad 200. Das Crurin wurde in den meisten Fällen ohne Reizerscheinungen vertragen, die Gonokokken schwanden ziemlich rasch (20—30 Tage durchschnittlich! D. Ref.) und dauernd, die Sekretion verschwindet bald, die Injektionen nehmen nur kurze Zeit in Anspruch. Bei früh beginnender Crurintherapie war der Verlauf ein milder, dabei war die Zahl der Komplikationen, ganz besonders bei den mit Crurin und Protargol behandelten Fällen, eine auffallend niedrige. Verfasser empfiehlt das Mittel allen Ärzten. (Irgend einen Vorzug vor den bisher üblichen Mitteln kann ich absolut nicht finden, zumal Verfasser selbst bei hartnäckigen Formen, wo Crurin versagte, das Protargol zur Hilfe nahm, so dafs ich keinen Grund einsehe, warum Crurin besonders als wertvolles Antiblennorrhoicum einzuführen ist. D. Ref.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Behandlung der Blennorrhoe mit Gonosan (Kawasantel), einem neuen Antiblennorrhoicum), von Boss-Strafsburg i. E. (*Dtsch. Medizin.-Ztg.* 1902. No. 98.) Als die zweckmäfsigste Behandlung der akuten Blennorrhoe erweist sich die kombinierte Behandlung, bestehend in: a) Injektionen mit Protargol, Argentamin und Ad-

stringentien; b) innerliche Darreichung von Gonosankapseln, täglich acht Stück. Die Wirksamkeit des Gonosans fafst B., wie folgt, zusammen: Der Tripper verläuft ohne jede unangenehme Empfindung, ohne Brennen beim Urinieren, ohne Schmerz. Die Kawa wirkt diuretisch, klärt rasch den Urin und beschränkt die Sekretion. Bei Vermeidung des Alkohols und möglichster Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr bleibt unter Gonosangebrauch die Entzündung in der Mehrzahl der Fälle auf den vorderen Teil der Harnröhre beschränkt. Hierdurch gelingt es, die Blennorrhoe in der vierten bis fünften Woche zur Heilung zu bringen und so eine Verkürzung des gewöhnlichen Ablaufes des Trippers herbeizuführen. Bei Cystitis bewirkt Gonosan rasche Klärung des Urins und Beruhigung der Blasennerven. (Sollten die gerühmten Vorteile nicht auf das Protargol in der Hauptsache zu schieben sein? Die Resultate erzielt man mit Protargol, Ichthargan u. s. w. auch in derselben Zeit ohne Gonosan. D. Ref.)

Bernhard Schulze-Kiel.

Über den Wert und die Anwendungsweise des Protargols bei der Bekämpfung der Blennorrhoe, von J. Plato. (*Die Heilkunde.* V. Jahrg. 8. Heft.) Verfasser hat die vollständige Überzeugung, dafs durch eine Verbesserung der heute von der Mehrzahl der Ärzte ausgeübten Therapie, nämlich durch eine ausgedehntere und sachgemäfsere Anwendung des Protargols die Zahl der chronischen Tripperfälle herabgemindert werden kann, und hält daran fest, dafs die spezifische Wirkung des Protargols in Abtötung und Entwicklungshemmung der Gonokokken besteht, ohne dafs dabei die Entzündung in unerwünschter Weise gesteigert, noch der Entzündung und Eiterung, d. h. den natürlichen Abwehrerscheinungen des Organismus, entgegengewirkt wird. Bei rationeller Protargolanwendung, die im folgenden eingehend dargestellt wird, soll in der Regel die Eiterung nicht vor dem Verschwinden der Gonokokken versiegen und all diese Eigenschaften sollen das Protargol zu dem geeignetsten Mittel in der allgemeinen ärztlichen Praxis machen. Die einzelnen Injektionen müssen möglichst lange ausgedehnt (10—20 Minuten), die Pausen zwischen denselben möglichst gleichmäfsig und kurz gewählt werden. Die eigentliche Domäne des Protargols ist und bleibt für Plato immer nur der vordere, akute Harnröhrentripper; er dringt darauf, dafs die erste Injektion dabei vom Arzte selbst gegeben werde resp. derselbe sich davon überzeugt, dafs der Patient richtig spritzt. Zunächst verordnet P. eine $^1/_4$%ige Lösung folgender Zusammensetzung: Protargol 0,5, Glycerin 5,0, Aq. ad 200,0; sind die Injektionen schmerzhaft, so setzt man Emain (1%) oder Antipyrin (3%), welch letztere Mischung (6,0 : 200,0) leichter herzustellen ist, hinzu. Man kann dann auch mit höheren Protargolkonzentrationen beginnen und rascher steigern, jedoch nicht über 5% Protargol mit Zusatz von 5% Antipyrin; gewöhnlich steigt man alle fünf bis sechs Tage um $^1/_4$—$^1/_2$% bis zu 2- oder 3%igen Lösungen. Ständige Kontrolluntersuchung auf Gonokokken mufs die Behandlung begleiten; weder die Protargol- noch irgend eine andere rationelle Behandlung des Trippers hält Pl. ohne Kontrolle des Mikroskopes für möglich, und jeder Arzt sollte, wie Verfasser schliefst, den Feind kennen, den er bekämpft, und den Kampf nicht aufgeben, bevor er sich überzeugt hat, dafs das ganze Schlachtfeld vom Feinde gesäubert ist. (Was theoretisch sehr richtig gedacht ist, aber bei jedem vielbeschäftigten Praktiker, mag er Spezialarzt oder allgemein praktischer Arzt sein, wohl völlig unmöglich sein dürfte; man denke, bei jedem Falle von Blennorrhoe ein- bis zweimal wöchentlich mikroskopische Untersuchungen, dazu bedürfte man eines eigenen Assistenten! Ref.) *Stern-München.*

Sachverzeichnis.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Fortsetzung s. nächste Seite!

Verlag von **Leopold Voss** in **Hamburg.**

1889. III. **Neue Studien über Syphilide.** Von Dr. ***P. Tommasoli*** und Dr. ***P. G. Unna.*** ℳ 2.— (ℳ 1.50).

Inhalt: Über tertiäre Syphilide. Histologische und klinische Untersuchungen, von Dr. *P. Tommasoli.* — Neurosyphilide und Neurolepride, von Dr. *P. G. Unna.*

1890. I. **Beobachtungen und Ideen über Hypertrichose.** Von Dr. ***Geyl.*** Mit 2 Tafeln. ℳ 2.— (ℳ 1.50).

1891. I. **Über die Beziehungen des Ekzems zu Störungen des Nervensystems.** Von ***L. Duncan Bulkley,*** A. M. M. D. — **Psoriasis.** Von Prof. Dr. ***A. G. Polotebnoff.*** Mit 8 Holzschnitten im Text. ℳ 3.— (ℳ 2.20).

1891. II. **Beitrag zur Würdigung der medikamentösen Seifen unter Zugrundelegung von Seifen in flüssiger und weicher Form.** Von Dr. ***F. Buzzi.*** ℳ 2.— (ℳ 1.50).

1892. I. **Topographie des elastischen Gewebes innerhalb der Haut des Erwachsenen.** Von Dr. ***Ludwig Zenthoefer.*** Mit 2 chromolithographischen Tafeln. ℳ 2.40 (ℳ 1.80).

1893. I. **Über autotoxische Keratodermiten.** (Parakeratosen Auspitz und Unna.) Studie von Prof. ***Pierleone Tommasoli.*** (Mit einem „Schema einer neuen Klassifikation der Hautkrankheiten".) ℳ 4.— (ℳ 3.—).

1893. II. **Die Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel.** Einleitung in die Geschichte des Aussatzes. Von ***G. N. Münch,*** ord. ö. Professor an der Universität zu Kiew. Mit 2 Lichtdrucktafeln. ℳ 6.— (ℳ 4.50).

1893. III. **Ein dermatologisches System** auf pathologisch-anatomischer (Hebrascher) Basis. Von Dr. ***S. Jessner,*** Königsberg i. Pr. ℳ 1.80 (ℳ 1.35).

1894. I. **Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut** unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen. Von ***Kurt Passarge*** und Dr. ***Rud. Krösing.*** Mit 2 chromolithographischen und 2 Lichtdrucktafeln. ℳ 4.— (ℳ 3.—).

1898. I. **Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut.** Von Dr. ***P. G. Unna.*** Heft II. ℳ 3.50 (ℳ 2.65).

1898. II. **Über Spermatocystitis gonorrhoica.** Von Dr. ***Walter Collan.*** Mit 2 Tafeln. ℳ 3.50 (ℳ 2.65).

1899. I. **Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut.** Von Dr. ***P. G. Unna.*** Heft III. ℳ 5.— (ℳ 3.75).

1899. II. **Über die leukaemischen Erkrankungen der Haut.** Von Dr. ***L. A. Nékám.*** Mit 4 chromolithogr. und 1 Lichtdrucktafel. ℳ 4.— (ℳ 3.—).

1900. I. **Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut.** Von Dr. ***P. G. Unna.*** Heft IV. ℳ 6.— (ℳ 4.50).

1901. I. **Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut.** Von Dr. ***P. G. Unna.*** Heft V. ℳ 6.— (ℳ 4.50).

1903. I. **Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome.** Von Dr. ***Cornelius Beck*** und Dr. ***Edmund Krompecher.*** Mit 4 Tafeln. Gekrönte Preisarbeit. ℳ 6.— (ℳ 4.50).

1903. II. **Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut.** Von Dr. ***P. G. Unna.*** Heft VI/VII. ℳ 9.— (ℳ 6.75).




3 2044 103